This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

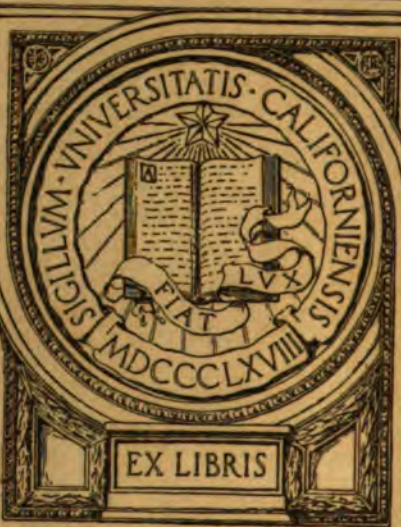
+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 736 872

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



EX LIBRIS

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

[illegible] SPAIN

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO XLVIII

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA,
Carretas, 8 y Garellano, 6.

1900

UNIV. OF CALIFORNIA

R71
R4
v. 48-49

Gift of J. C. Cebrian

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DE LAS PARAPLEGIAS DE NATURALEZA PÓTTICA

POR EL

DOCTOR R. LOZANO

Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

El día 3 de diciembre del año 1899 se presentó en mi Consulta M... S..., con objeto de consultarme sobre la enfermedad que padecía su hijo.

Después de haberme narrado algunos de los síntomas de la enfermedad de su hijo y el curso de la misma, le respondí que tenía necesidad de ver al enfermo para poder dar juicios diagnósticos y pronósticos exactos, y para aconsejar ó practicar lo que creyere más á propósito para el tratamiento del enfermo. En los últimos días de diciembre del pasado año visité al enfermo por primera vez, y pude cerciorarme de que el enfermo padecía mal de Pott al nivel de la quinta vértebra dorsal. Los antecedentes y el estado actual del enfermo eran tan elocuentes, que no dejaban lugar á dudas. He aquí brevemente la historia de este enfermo:

Juan..., natural de Beratón, provincia de Soria, de veinte años de edad, soltero y estudiante en el Seminario de Tarazona.

Cuenta que hace dos años tuvo fiebre, y adelgazó tanto, que se vió precisado á salir del Seminario para reponerse.

No tiene más antecedentes personales.

Los antecedentes de familia son nulos.

El temperamento y la constitución son buenos.

Desde hace un año ha notado un abultamiento ligero entre los dos omoplatos. Al mismo tiempo se apercibió que sus fuerzas disminuían.

El mes de octubre del año 1899 hizo un viaje desde Beratón á Ta-

33805

razona. Entró en este pueblo por su pié y tuvo que salir á caballo, porque en las pocas horas que estuvo en Tarazona se le paralizó la pierna izquierda.

Al día siguiente observó que se paralizaba la pierna derecha, y al poco tiempo, cuatro ó cinco días, la parálisis era completa en ambas piernas.

Cuando se presentó ente mí á fines de diciembre tenía un abultamiento entre ambos omoplatos, producido por la apófisis espinosa de la quinta vértebra dorsal. Dolores intercostales en el quinto espacio.

Tenía una paraplegia completa en ambas extremidades abdominales. La sensibilidad de éstas se hallaba ligeramente retardada. Los esfínteres estaban relajados, aunque no en absoluto, porque el enfermo solamente orinaba y defecaba involuntariamente cuando hacía mucho tiempo que no había realizado tales funciones.

La paraplegia era tan absoluta que el enfermo no podía tenerse en pié, aunque se le prestase apoyo. Tan pronto como pretendía estar en pié se flexionaban las piernas y hubiese caído, si no lo impidiesen las personas que le rodeaban.

En la cama no podía ejecutar ningún movimiento en los miembros abdominales.

Los reflejos tendinosos de los miembros estaban muy exagerados, lo cual hacía que estuviesen contracturados. Era una parálisis rígida.

Expondré brevemente los juicios clínicos que formé de este enfermo.

Yo juzgué á este sujeto como tuberculoso. La tuberculosis debió ser adquirida durante su estancia en el Seminario, en virtud de la falta de aire á que se vió sometido por la reclusión en dicho centro de enseñanza y en virtud del trabajo grande que realizaba este sujeto, pues debe saberse que, según mis noticias, era uno de los alumnos más distinguidos del Seminario.

La tuberculosis del sujeto debió recaer en los huesos, y tener como manifestaciones la fiebre y el adelgazamiento, que nuestro enfermo tuvo hace un año.

La tuberculosis ósea debió ser más intensa en el cuerpo vertebral de la quinta dorsal, y allí se produjo el mal de Pott.

El enfermo llevó su mal de Pott, sin que le llamase la atención, por espacio de un año.

En octubre de 1899 hizo un viaje á Tarazona, y es natural que hi-

ciese entonces con las vértebras algún movimiento más intenso que de ordinario.

Este movimiento hizo dislocarse á la vértebra, que estaba por encima del foco tuberculoso (cuarta vértebra dorsal), ó á la que estaba por debajo (sexta vértebra dorsal).

La arista de la vértebra dislocada es la que produce actualmente la compresión de la médula para hacer una mielitis transversa, y una paraplegia de los miembros abdominales.

Vacilé sobre el tratamiento que yo debía aplicar á este enfermo, porque yo no tenía práctica en los procedimientos que se aconsejan para combatir tales paraplegias.

Tenía á mi disposición : 1.°, el corsé enyesado de Sayre ; 2.°, el estiramiento forzado según el procedimiento de Calot, y 3.°, la laminectomía.

Yo no vacilé en renunciar á la aplicación del corsé enyesado de Sayre, porque no creía que pudiese desaparecer la paraplegia.

El corsé es un medio de contención para favorecer la cicatrización del foco tuberculoso de las vértebras ; pero de ningún modo puede quitar el agente que comprime la médula espinal, y produce, por lo tanto, la paraplegia.

Mis vacilaciones fueron muy grandes antes de decidirme por el procedimiento de Calot.

La laminectomía era el procedimiento preferido por mí, por parecerme más racional que el procedimiento de Calot.

Abrir el canal raquídeo, poner al descubierto la médula y quitar directamente el agente de la compresión, es procedimiento radical, y que no ha de ofrecer grandes dificultades.

El procedimiento de Calot, quitaría el agente compresor, separando las dos vértebras limítrofes del foco tuberculoso. Para que el agente compresor desapareciese por tal mecanismo, era necesario que el agente compresor fuese una arista ósea. Si tal agente era el pus, las granulaciones tuberculosas de las meninges, ó alguna esquirla, el procedimiento de Calot no podía dar resultado, porque ni el pus, ni las granulaciones, ni la esquirla, serían cambiados de sitio

No había, pues, que pedir al procedimiento lo que no podía dar. Efectivamente ; Calot lo aconseja para reducir y hacer desaparecer la jibosidad, pero no para combatir la compresión medular.

Podemos decir que la laminectomía es un procedimiento directo y radical ; y que la extensión forzada es proceder indirecto y no es radical.

Por estas razones yo estaba decidido á practicar la laminectomía en el enfermo que motiva estas consideraciones.

La mortalidad de la laminectomía me hizo renunciar á practicarla.

Dicha mortalidad, asciende á 35 entre los 103 casos reunidos por Chipault.

Ante resultados tan poco halagüeños, yo decidí ensayar el estiramiento forzado por el procedimiento de Calot antes de practicar una laminectomía.

Después de practicar el estiramiento, si el resultado era malo, practicaría la laminectomía.

Otra razón existía en este caso, que contribuyó á que yo me decidiese á practicar el procedimiento de Calot. Yo pensaba que la compresión de la médula era producida en este caso por una arista vertebral. Si hubiese sido producida por el pus ó por las fungosidades, no hubiese aparecido bruscamente la paraplegia; por el contrario, habría aparecido de una manera lenta y progresiva.

En el enfermo que nos ocupa, debió producirse una dislocación de los cuerpos vertebrales que limitan el foco tuberculoso; como consecuencia de tal dislocación, una arista ósea comprimió de delante á atrás la médula y produjo la paraplegia.

Los hechos que el enfermo cuenta, justifican tal procedimiento; el enfermo llegó una tarde al pueblo de Tarazona, con integridad en los movimientos de las extremidades abdominales, y dos ó tres horas después, notó que no podía mover la pierna izquierda.

La falta de fiebre intensa y la carencia de calofríos, indicaban que no debía ser grande la cantidad de pus existente en el foco tuberculoso, aún suponiendo que existiese aquél.

Si la compresión era debida á una arista ósea, el procedimiento de Calot daría resultado.

El día 3 de enero de 1900, fué anestesiado el enfermo por medio del cloroformo.

Cuando estaba anestesiado, se colocó en decúbito prono. Un ayudante tiraba horizontalmente de un lazo colocado sobre el occipucio y el mentón; dos ayudantes tiraban de los miembros torácicos en la misma dirección. Otros dos ayudantes tiraban de los miembros abdominales en dirección opuesta á los tres anteriores.

Al mismo tiempo, en que se realizaba dicho estiramiento, deprimía yo la jibosidad, usando de todas mis fuerzas. Cuando dicha jibosidad se había deprimido, procedí á colocar un corsé de Sayre.

La operación se terminó sin accidentes, habiendo durado media hora.

5 de enero.—El enfermo tiene menos rígida la pierna izquierda.

11 de enero.—El enfermo no tiene relajación de esfínteres.

21 de enero.—El enfermo puede flexionar por primera vez los miembros abdominales, mientras se halla echado en la cama.

25 de enero.—El enfermo mueve los dedos del pié y puede levantar los piés y la rodilla, mientras se halla sentado.

1 de febrero.—Nuevo estiramiento y aplicación de nuevo corsé enyesado por haber sido retirado el primero que se hallaba deteriorado.

4 de febrero.—Aplicación de corrientes farádicas, y amasamiento de los músculos de ambos miembros, con objeto de activar su nutrición. Estas prácticas se han realizado hasta el final del tratamiento.

1 de marzo.—El enfermo ha mejorado, de tal suerte, en sus movimientos, que puede andar por la habitación con el apoyo de dos muletas.

15 de marzo.—El enfermo ha adquirido tal fuerza en los miembros que puede mantenerse en pié sin apoyo ninguno.

1 de abril.—El enfermo sigue mejorando los movimientos de sus miembros y adquiriendo mayor fuerza.

14 de abril.—El enfermo decide marcharse á su pueblo, con la condición de volver para renovar el corsé. Este día se le ha colocado el tercer corsé.

El estado del enfermo en este día es el siguiente: integridad de los esfínteres; ausencia de dolores intercostales; posibilidad de andar, ayudado de algún apoyo.

Considerando la marcha no interrumpida hacia la curación, que este enfermo ha seguido desde su primer estiramiento hasta la fecha, hay que esperar una curación completa de su paraplegia.

Yo creo que podemos hacer las siguientes conclusiones:

1.ª El procedimiento de Calot es aplicable al tratamiento de las paraplegias pótticas.

2.ª El procedimiento de Calot, puede curar las paraplegias pótticas, cuando la compresión medular que las produce, reconoce por causa una arista ósea.

3.ª El diagnóstico del agente compresor de la médula, puede hacerse en algunos casos; la brusquedad en la aparición de la paraplegia, es argumento favorable á la existencia de una arista ósea; la lentitud en la operación de la paraplegia y la fiebre con caracte-

res septicémicos, indican compresión por absceso; la lentitud en la aparición de la paraplegia y la falta de septicemia, indican compresión medular por fungosidades meníngeas.

4.ª El procedimiento de Calot, aplicado al tratamiento de las paraplegias pótticas, es más leve que la laminectomía.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

SUMARIO: I Homoarecolina. — II. Acoína como anestésico para la práctica de las inyecciones subconjuntivales. — III. La gelatina en las hematemesis y en la viruela hemorrágica. — IV. Nuevos experimentos sobre el valor antiséptico del Xeroformo. — V. Mentofenol. — VI. Tratamiento de la epilepsia por la santonina.

I. **Homoarecolina.** — Hace algunos años, se recomendó como vermífugo un alcaloide extraído por Bombelon en 1881, de las semillas del *Areca catechú* (nuez de Areca), al que dió el nombre de arecolina.

Este cuerpo, empleado en forma de bromhidrato, desarrollaba, en efecto, una acción fisiológica muy semejante á la de la pelleterina (alcaloide de la raíz de granado), pero su gran actividad tóxica fué motivo más que suficiente para desacreditarlo al poco tiempo, pues se vieron sobrevenir accidentes de consideración, á pesar de haberlo administrado en dosis muy reducidas y fraccionadas (5 á 6 miligramos al día).

Algunos años más tarde, obtuvo Jahus, soponificando la arecolina con agua de barita, un nuevo alcaloide artificial denominado arecaidina, cuya formación puede explicarse por la igualdad siguiente:

$$\underbrace{C^7H^{10}(CH^3)AzO^2}_{\text{Arecolina.}} + \underbrace{Ba.O^2H^2}_{\text{Hidrato de barita.}} = \underbrace{C^7H^{11}AzO^2}_{\text{Arecaidina.}} + \underbrace{BaO.CH^4O}_{\text{Metilato bárico.}}$$

Y sustituyendo, después, un átomo de hidrógeno de este último cuerpo por el radical etilo, logró obtener la homoarecolina, objeto

de nuestro actual estudio, según se expresa en la ecuación que sigue :

$$\underbrace{C^7H^{11}AzO^2}_{\text{Arecaidina.}} + \underbrace{C^2H^5Cl}_{\text{Cloruro de etilo.}} = \underbrace{C^7H^{10}(C^2H^5)AzO^2}_{\text{Homoarecolina.}} + \underbrace{HCl}_{\text{Acido clorhídrico.}}$$

Como se deduce de lo expuesto, la arecolina pierde al transformarse en arecaidina el radical metilo que formaba parte de su composición, y este radical metilo es reemplazado por otro de etilo al convertir la arecaidina en homoarecolina.

Este último alcaloide se presenta en forma de líquido espeso de color amarillo, soluble en agua, alcohol y éter, y que neutraliza los ácidos para formar sales cristalizadas, de las que sólo el clorhidrato $C^9H^{15}AzO^2$ HCl, fusible á 118 ó 119° centígrado y soluble en agua y alcohol, se emplea en terapéutica.

Su acción fisiológica es muy semejante á la de la arecolina y pelleterina, pues en cortas dosis, ocasiona la muerte por parálisis de los organismos inferiores (tenias, oxiurus, ascárides) ; en cantidades algo más elevadas, pero dentro siempre de los límites terapéuticos, aumenta la secreción salivar, excita los movimientos peristálticos de los intestinos, actuando como laxante, y contrae la pupila con mayor energía y prontitud que la eserina ó calabarina, aun cuando se trate de un ojo glaucomatoso y en dosis tóxicas, rebaja, por último, la presión sanguínea, deprime la energía de las contracciones cardíacas y determina la parálisis completa de todos los músculos de fibra estriada, ocasionando la muerte por detención del corazón en diástole.

Sin embargo, la sustitución del radical metilo que formaba parte de la arecolina por el de etilo, que viene á constituir la homoarecolina, es suficiente para disminuir la actividad tóxica de este último cuerpo, y como conserva, á pesar de todo, los mismos efectos fisiológicos que su originario, se le ha recomendado como poderoso tenífugo de acción rápida y segura, que se muestra eficaz en cantidad de 5 á 6 miligramós al día, y que es incapaz de dar origen á accidentes desagradables cuando se administra en las dosis antes mencionadas.

El medicamento debe darse en forma de clorhidrato ó bromhidrato, del que se prescriben píldoras dosadas á 1 miligramo para tomar de 4 á 6 al día, según los resultados alcanzados y la tolerancia del enfermo.

II. **Acoína como anestésico local para la práctica de las inyecciones subconjuntivales.** — La acoína es el *Clorhidrato de Di-para-anisil-monofenetil-guanidina*, que se presenta en forma de polvo blanco, cristalino, soluble en 6 partes de agua y que ha sido recomendado como anestésico local mucho menos tóxico que la cocaína y capaz de dar origen á anestesias mucho más duraderas que las determinadas por el alcaloide de la coca.

Los experimentos practicados por Trolldenier y Hesse (*Therapeutiche Monatshefte*, 1899), demuestran, en efecto, que un perro de 4 kilos y medio de peso presenta síntomas de intoxicación, después de haber ingerido 10 centígramos de cocaína, y sucumbe indefectiblemente cuando esta dosis se eleva á 25; mientras soporta sin el menor trastorno la de medio gramo de acoina, administrada también por vía gástrica. Subcutáneamente se han podido inyectar 3 cent. cúb. de la solución al 6 por 100, sin otros desórdenes que los puramente locales, debidos á la acción tópica irritante de estas disoluciones muy concentradas, es decir, verdaderas necrosis de la piel con formación de escaras que se eliminan ó desprenden espontáneamente á los pocos días.

La anestesia provocada por la acoína, dura más ó menos tiempo, según el grado de concentración de sus disoluciones, resultando que con las al 1 por 1000, la insensibilidad se prolonga quince minutos; con las al 1 por 400 treinta; con las al 1 por 200 sesenta; con las al 1 por 100 cuarenta á ochenta, y con las al 1 por 40 más de un día. Esta insensibilidad que comprende la piel y los tejidos subcutáneos cuando se introduce el medicamento por vía hipodérmica y que se observa también en la conjuntiva de los perros y conejos, cuando se instilan algunas gotas de la disolución al 1 por 1000 entre los párpados, no se presenta en el ojo humano, sin que haya sido posible explicar, de un modo satisfactorio, la razón ó motivo de tan extraña anomalía.

Conviene, además, tener presente que las disoluciones concentradas, desenvuelven una fuerte irritación local, que no obstante hallarse limitada á los tejidos que tocan, las contraindica en absoluto; pero no es necesario recurrir á ellas, pues siempre basta con las al 0'10 por 100 desposeídas casi por completo de toda acción tópica irritante. Por otra parte, si con una primera aplicación no se obtuviera la anestesia deseada, puede repetirse varias veces con cortos intervalos, hasta insensibilizar completamente el tejido en que se opera.

Las referidas inyecciones resultan en todos los casos algo doloro-

sas, pero como este dolor no puede evitarse adicionando pequeñas cantidades de morfina ó cocaína al líquido que se ha de inyectar, ni haciendo uso de las pulverizaciones de éter ó cloruro de etilo sobre la piel, vale más prescindir por completo de todo procedimiento de anestesia previa y prescribir el medicamento que nos ocupa en la forma siguiente:

Acoína	10 centígramos.
Cloruro sódico esterilizado	80 —
Agua destilada	100 gramos.

Esta disolución es muy antiséptica, é introducida debajo de la piel, la hace insensible durante cuarenta ó cincuenta minutos, pero es necesario para prepararla hacer uso de agua fría recientemente destilada, pues la más ligera huella de álcali es suficiente para precipitar la acoina. El frasco destinado á contener la solución, que ha de conservarse siempre al abrigo de la luz, debe ser lavado primero con ácido nítrico y después con agua destilada.

A fines del año anterior, la acoína fué objeto, por parte del doctor Darier, de una importantísima aplicación, cual es la de hacer completamente indoloras las inyecciones subconjuntivales de cianuro de mercurio, actualmente empleadas con verdadero éxito en gran número de enfermedades de los ojos (*Clinique ophtalmologique*, octubre de 1899).

Para alcanzar tan satisfactorios resultados, que no se habían obtenido con la cocaína, con la eucaína B, ni con el ortoformo, basta, según los experimentos del indicado profesor, añadir á la disolución de cianuro de mercurio (cianuro de mercurio, 1 centígramo; cloruro de sodio, 1 gramo; agua destilada, 50 gramos), una ó dos gotas de la de acoína al 1 por 100. De esta manera ha practicado las referidas inyecciones subconjuntivales en multitud de enfermos de afecciones oculares diversas (coroiditis marginales y arborescentes, erosiones, úlceras, opacidades é infiltraciones purulentas de la córnea; discisión del cristalino, iridociclitis, neuritis específicas y hemorragias de la retina), sin que acusaran los intolerables dolores que sentían antes de la adición de la acoina, y que tanto por su extraordinaria intensidad, como por su prolongada duración (dos á tres horas), dificultaban en gran manera el tratamiento.

Sin embargo, el procedimiento no es aplicable á las inyecciones iodo-ioduradas, ioduro-hidrargíricas, ni cloruro-mercúricas, porque estas substancias hacen precipiar el anestésico, pero puede emplearse en las de tricloruro de iodo al 1 por 1000.

Los Dres. Brundenell (*The Lancet*, octubre de 1899) y Guibert (*La Clinique ophtalmologique*, 1899) han confirmado en todas sus partes las observaciones de Darier.

III. **La gelatina en las hematemesis y en la viruela hemorrágica.** — Sabido es que la acción hemostática, de la gelatina ha sido utilizada con excelentes resultados en las metrorragias, en las epistaxis y en las pérdidas de sangre ocasionadas por hemorroides internas.

Muy recientemente el Dr. Paliakow, jefe de la Clínica Terapéutica de la Facultad de Moscou, la ha empleado con brillante éxito en una gastrorragia debida á úlcera de estómago.

Se trataba de una mujer de treinta y dos años, que sufría hacía dos, cardialgia con pirosis y presentaba hematemesis muy copiosas y rebeldes que se repetían casi todos los días. La dieta absoluta con inmovilidad en el lecho y el subnitrato de bismuto á grandes dosis, no tuvieron ninguna influencia sobre estas hemorragias y la enferma se halló muy pronto en un estado de debilidad sumamente acentuada. El corazón estaba dilatado, el pulso era muy miserable y se vieron sobrevenir síncopes en extremo alarmantes.

En estas condiciones, el autor prescribió una solución de gelatina al 10 por 100, que la enferma debia tomar en cantidad de 200 centímetros cúbicos, repetidos tres veces al dia. A las veinticuatro horas de haber comenzado el tratamiento, cesaron los vómitos de sangre, y en el transcurso de cuatro semanas, durante las cuales, el uso de la gelatina no fué interrumpido, sólo se manifestaron dos ó tres hematemesis poco abundantes y que cesaron en cuanto se administró el medicamento.

Algún tiempo después no quedaba ningún rastro de hemorragia ni de dolor; la enferma digeria bien la leche cocida, los huevos y la carne picada, y el estado general mejoraba rápidamente.

El Dr. Teissier (*Presse Medicale y Novidades Medico-Pharmaceuticas*, de Oporto), ha tenido la idea de emplear el suero gelatinizado (100 partes de suero normal por 2 de gelatina) en varios enfermos de viruela hemorrágica. De esta solución inyecta 200 gramos de una sola vez.

Su estadística comprende dos series. En la primera, que se compone de 8 casos, 1 de forma fulminante y 7 de forma ordinaria, el suero gelatinizado se administró cuando la enfermedad se hallaba confirmada por la aparición de grandes manchas violáceas y abundantes hemorragias, consiguiendo una sola curación.

Pero en la segunda, compuesta de 3 casos fulminantes y 10 comu-

nes, las inyecciones se practicaron en el período prodrómico, cuando el carácter hemorrágico de la enfermedad se anunciaba por epistaxis y color rojo ó violáceo de los tegumentos, resultando cinco muertos y seis curaciones. Los dos casos restantes se hallaban en vías de curación cuando Teissier publicó el resultado de sus experimentos.

A pesar de haber practicado 121 inyecciones empleando 12.500 gramos de suero, el autor no ha tenido que lamentar ningún accidente y sólo en tres ocasiones se presentaron abscesos.

IV. **Nuevos experimentos sobre el valor antiséptico del xeroformo.** — El año pasado publicamos en esta REVISTA, el resultado de los experimentos que con objeto de determinar el valor antiséptico del xeroformo, llevamos á efecto en nuestra clínica de heridos del Hospital Militar de Güines durante la última campaña de Cuba.

Estos resultados, completamente satisfactorios, han sido confirmados después por los médicos de la Marina de guerra de los Estados Unidos, pues en una comunicación que el Dr. Woods, director del Hospital de Marina, dirige al Inspector general de Sanidad de la Armada, hace constar que ha comprobado que el el xeroformo carece de efectos generales tóxicos, que empleado en las otitis supuradas, en las úlceras venéreas y en las heridas infectas, ha disminuído considerablemente la supuración, determinando cicatrizaciones muy rápidas; que ha resultado de gran utilidad en la cura de algunas heridas quirúrgicas, sobre todo, en tres operaciones de apendicitis, y que administrado al interior en varios casos de infección de origen gastro-intestinal, se obtuvo al poco tiempo la desaparición de la fetidez de las heces fecales y el alivio inmediato de todos los síntomas generales que revelan y caracterizan este género de auto-intoxicaciones.

V. **Mento-fenol.** — Fundiendo juntamente una parte de fenol y tres de mentol, se obtiene este nuevo producto en forma de líquido incoloro, transparente y aromático, poco soluble en agua y glicerina, pero mucho en el alcohol, éter y cloroformo.

El mento-fenol goza de propiedades antisépticas y anestésicas bastante acentuadas, y puede emplearse en solución al 3 ó 6 por 100, como antiséptico y analgésico, en las pequeñas operaciones y en la cura de las heridas.

También proporciona buenos resultados en las enfermedades de la garganta, prescribiendo gargarismos que contengan 15 gotas del medicamento por vaso de agua.

VI. **Tratamiento de la epilepsia por la santonina.** — El Dr. Frank Lydston, profesor de la Universidad de Illinois (*The Therapeutic Gazett*, febrero 1900), ha abandonado el tratamiento clásico de la epilepsia por medio de los bromuros alcalinos á altas dosis, para sustituirlos por la santonina, cuyos efectos antiespasmódicos son conocidos desde hace mucho tiempo.

De las experiencias practicadas hasta la fecha, deduce el indicado profesor las siguientes conclusiones:

1.ª Que se han alcanzado alivios más duraderos y persistentes en los epilépticos sometidos al uso de la santonina, que en los tratados por la medicación bromurada.

2.ª Que resultó muy conveniente en casos en que los bromuros no eran tolerados.

3.ª Que produjo resultados apreciables en enfermos que no habían obtenido alivio con el uso de los bromuros sódico y potásico.

4.ª Que está libre de los desagradables efectos á que da origen la administración de las referidas sales, y principalmente de las erupciones cutáneas, melancolía, embotamiento intelectual y depresión nerviosa y circulatoria, que son su consecuencia.

En cuanto á la dosis, cree que empleando las que consignan todos los formularios y obras corrientes de terapéutica, sólo pueden alcanzarse fracasos, por cuya razón aconseja empezar por 12 á 30 centígramos al día en los adultos, é ir aumentando, según los resultados obtenidos y la tolerancia del paciente, hasta llegar á 90, ó 1 gramo 20, en el mismo espacio de tiempo.

Aun con estas dosis máximas, asegura Lydstan no haber observado accidentes tóxicos de ninguna clase.

El medicamento debe suspenderse cuando se manifieste rigidez ó tirantez alrededor de la boca, ó aparezcan trastornos que indiquen una fuerte irritación del aparato urinario, caracterizada por micción frecuente, difícil y dolorosa.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. El suero anti-coli en las enteritis y la disentería, por D. Ramón Sáez García. Madrid, 1899.

II. El problema infantil y la legislación, por el Dr. Tolosa Latour. Madrid, 1900.

III. Ulceras serpiginosas, por D. Emilio Alvarado. Valladolid, 1900.

No se han perdido para la ciencia las observaciones clínicas recogidas en la Sala de Repatriados del Hospital del Buen Suceso, porque el distinguido Médico mayor de Sanidad Militar Dr. Sáez García, da cuenta pública en esta interesante Memoria, de los trabajos realizados para valorar el efecto terapéutico del *suero anti-coli* preparado por el Dr. Lesage, del Instituto Pasteur de París.

Después de estudiar la flora intestinal y la patogenia de las infecciones intestinales, asunto que por hoy no está dilucidado á satisfacción en cuanto se refiere á especificar determinación causal de algunas lesiones de enterocolitis, piensa el Dr. Sáez García que «el suero anti-coli es un medio de curación de las secreciones morbosas intestinales; que no es específico, porque lo mismo cura la verdadera disentería que las demás secreciones entéricas infecciosas, cualquiera que sea su nombre, y que es un medio inocente de tratamiento, porque su reacción en el organismo nunca es perjudicial».

Se ocupa también de la técnica de la aplicación del suero y de la clase de dieta que debe acompañar á este tratamiento.

Por último, historias clínicas detalladas de los casos tratados con satisfactorio resultado por este recurso terapéutico, completan este trabajo de tanta novedad.

Si otros sueros específicos de ciertas enfermedades infecciosas han dado, como el diftérico, el resultado que científicamente debemos esperar, no es poco para la ciencia y para la humanidad, que el suero anti-coli de Lesage se abra camino por los éxitos en el tratamiento de enfermedades de la índole de las coli-bacilares, tan frecuentes, peligrosas y de tan difícil tratamiento, cuando la terapéutica está basada en la antisepsia empírica la mayor parte de las veces.

Estudios más numerosos, detallados por grado de infección desde la enterocolitis de poca intensidad, hasta la disentería en sus diversas formas, seguramente, han de señalar el valor terapéutico del suero anti-coli, que es posible, y ¡ojalá así sea! se maneje en la terapéutica intestinal con la misma seguridad de éxito, que hoy se maneja el antidiftérico de indudable eficacia. El trabajo del Dr. Sáez García es el primero de esta índole que se publica en España, y por esta circunstancia y la de su mérito, bien merece ser recibido con señalado aplauso por la clase médica. Aquél y los enfermos tratados hasta la fecha en el Hospital del Buen Suceso deben también gratitud inmensa á S. M. la Reina Regente, por cuya generosa iniciativa se ha aplicado el suero de Lesage en España con los satisfactorios resultados que se consignan en esta Memoria.

II

Otra prueba más del interés que el distinguido paidópata Dr. Tolosa Latour se toma por cuanto se relaciona con la protección de la infancia, ha dado en la ocasión presente con su publicación, encaminada á recabar de los Poderes públicos resuelta decisión para dictar leyes protectivas en esta edad de la vida en que tanta mortalidad y abandono existe, y que por causas lamentables no se puede actualmente evitar en grado conveniente.

Por el sumario de este trabajo puede verse el acierto del autor al tratar este asunto, pues toca las cuestiones más importantes encaminadas á señalar las deficiencias legislativas, que necesitan reformas que garanticen la salud y vida de los niños, y al efecto consigna unas Bases para una ley de protección á la infancia, oportunas y de gran alcance, que seguramente han de servir de norma á los legisladores en sus reformas. Todo el que conozca los trabajos del ilustre paidópata Dr. Tolosa Latour, verá en éste el mismo valor literario y científico que distingue á todos los que ha publicado hasta la fecha, con los cuales se ha conquistado el puesto preeminente que disfruta entre los médicos.

III

En un folleto de pocas páginas, pero muy instructivo, se ocupa el Dr. Alvarado de la forma de queratitis infecciosa, *úlcera serpiginosa*, que en número bastante notorio ha observado en su Clínica, y

describe las causas, sintomatología y tratamiento de esta enfermedad, de modo tal que fácilmente se comprende la naturaleza y marcha de esta lesión, así como las ventajas del tratamiento por él empleado. Constituye esta Monografía un trabajo muy interesante digno de ser leído con la debida atención.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 7 de Abril de 1900.

De la epidemia de fiebres tifoideas ocurrida recientemente en esta corte.—El Dr. Mariani: En la sesión anterior indiqué que el vehículo principal de la fiebre tifoidea era el agua, pero que también podía ser transmitida por otros agentes puesto que el bacilo de Eberth puede tener como vehículo, además del agua, la sangre de los tifoideos y los esputos, y hasta el contacto con los mismos enfermos puede contaminar la enfermedad á las personas que le rodean. Hay que tener en cuenta que dicho bacilo es de una gran resistencia y necesita poco para vivir. Los ejemplos citados por Wurz, Pier y Salomón, Brouardel, Chantemesse, Lassar, Chill y otros, demuestran de un modo indudable que las epidemias de fiebre tifoidea pueden desarrollarse sin que tenga intervención etiológica el agua de que se sirven los individuos atacados. De todos modos estoy conforme en que el agua, aunque no sea el único vehículo para transmitir el germen de la fiebre tifoidea, es sin embargo, el vehículo principal, como lo han demostrado las razones aquí expuestas.

Siento muchísimo que no esté presente el Dr. Cortezo, pues me extrañó mucho la insistencia con que ha defendido el que las aguas del Lozoya eran completamente puras é indemnes. La pequeña información que he podido hacer por aquella época dió por resultado el que la mayoría de los enfermos de fiebres tifoideas á que he asistido bebían, efectivamente, el agua del Lozoya; de los enfermos del hospital resulta que el 60 por 100, por lo menos, bebían dicha agua, de donde se desprende que las aguas de los viajes antiguos no eran el único factor para producir la fiebre tifoidea. Añadiré que en algunas colectividades que visito se bebía agua del Lozoya y también han tenido algunos casos de fiebre tifoidea y en otras donde no se bebía dicha agua, no han ocurrido casos de la mencionada enfermedad. Por estas razones no creo que se deba inculpar exclusivamente á las aguas de los viajes antiguos de la epidemia que hemos padecido en Madrid. Cuando en el mes de diciembre se cerraron algunas fuentes de los viajes antiguos, no solamente cesó la epidemia en las barriadas en que se bebía aquel agua, sino en todo Ma-

drid. Después del día 8 de diciembre no he visto ningún invadido de fiebre tifoidea y creía yo que esto obedecía á las lluvias abundantes que cayeron el día 9 y que podían haber arrastrado los detritus del suelo y del alcantarillado desinfectando mecánicamente la población.

El agua del Lozoya aunque sea muy potable no sirve nada más que para lavarse la cara, porque es turbia á temporadas y huele bastante á moho. Dicha agua no es pura desde el punto de vista bacteriológico, y recuerdo que el Catedrático del Instituto de San Isidro, Sr. Santisteban, refería que en los pueblos de la ribera cuando lavaban los pañales de los chicos decían: «Esto para los señoritos de Madrid». La investigación clínica ha demostrado que la inmensa mayoría de los enfermos bebían el agua del Lozoya; del examen de ésta resultó que contenía gran cantidad de coli bacilos que vienen á ser primos hermanos del bacilo de Eberth. Por lo tanto, un agua que contiene varios bacilos, entre ellos el coli, y que á la vista es sucia, creo que es un agua que no reune condiciones de potabilidad. Resumiendo, pues, en mi opinión, las aguas del Lozoya son más peligrosas desde el punto de vista de la infección tífica que las de los viajes antiguos.

El Dr. Alonso Sañudo: La primera dificultad que se advierte en esta clase de discusiones es la que se opone á definir bien la fiebre tifoidea. Hay una serie de enfermedades que no tienen diagnóstico sencillo; cuando todavía abusamos de la insigne torpeza de calificar de infección intestinal (como si el intestino estuviera dispuesto para sufrir infecciones de esa manera) á todo proceso que nos parezca que tiene su mayor localización en el intestino, se ve claramente que las fiebres esenciales antiguas, la grippe de ahora y la actual fiebre intestinal, demuestran que no es cosa fácil limitar bien la fiebre tifoidea. A mayor abundamiento, durante largo tiempo han estado confundidos los tifus, aunque ya Santero diferenciaba en sus descripciones clínicas el tifus exantemático de la fiebre tifoidea. Refiriéndome ya solamente á la fiebre tifoidea, creo que hay que partir del hecho, que es absolutamente cierto, de que no se la puede negar lo que se admite para las demás infecciones. Para mí todas las infecciones tienen dos formas: la una benigna y la otra completa; la viruela tiene su varioloide; el mismo bacilo de Koch da lugar unas veces á formas clínicas sofocantes que matan en ocho días, y otras á tuberculosis que duran diez ó doce años. ¿Por qué, pues, no se ha de reconocer una variedad semejante, en vez de pretender un patrón invariable, tratándose de la fiebre tifoidea? La verdad es que en la fiebre tifoidea se reconoce la forma clásica de septenarios, la tifoidea de los niños con bacilo de Eberth, que es una fiebre casi intermitente, el tifus incompleto no el abortado, que parodia todos los períodos de la fiebre tifoidea, y que tiene su bacilo de Eberth, la forma ambulatoria y el tifus sudoral, que también tienen su bacilo de Eberth correspondiente. Pues si resulta que ese bacilo es el característico de formas tan diferentes, ¿no debemos tener un criterio más amplio para admitir formas distintas de la fiebre tifoidea y separarlas de muchas enfermedades con las cuales pudieran confundirse? La fiebre tifoidea puede confundirse en los primeros períodos con la infección intestinal, y á este propósito debo manifestar que, á mi juicio, no es tan fácil que en el intestino haya infecciones, y que no hay que pensar en que por cualquier infracción de régimen ó trastorno insignificante sobrevenga una in-

fección intestinal de cuatro ó seis semanas de duración, con miocarditis, etcétera. Las infecciones de pneumococus, fiebres de pulmonía sin pulmonía, son tan expresivas, que me parece no se pueden confundir con la tifoidea. Las otras infecciones no son tan expresivas algunas veces; hay que sospecharlas.

He visto médicos que á los dos días de asistir á puérperas con infección puerperal han caído enfermos con fiebre intensa y anginas, y tal vez en estos casos lo fueran de infección de estreptococus sin localización expresiva de tal ó cual órgano. De estafilococus no recuerdo más que cuatro casos bien reconocidos, no sólo porque el punto de entrada era el característico del divieso, sino porque además el análisis de la sangre dió á conocer los caracteres de la septicemia. Ahora bien, la fiebre tifoidea tiene caracteres clínicos que no se observan en las otras infecciones ni en la de pneumococus que es la más conocida, ni en las de estreptococos ó estafilococos.

Respecto á la epidemia, en cuyo estudio viene ocupándose la Academia, manifestaré que en mi sentir, ha estado perfectamente ajustada á lo que en medicina se sabe respecto á tifoideas. La impresión que tengo de esta epidemia, es la de que se ha tratado de una recrudescencia como las que en Madrid se observan siempre por la misma época; en Madrid, la fiebre tifoidea es endémica y se exacerba en la primavera y en el otoño. De los datos que tengo recogidos y de los artículos que se han publicado respecto al asunto que se discute, se desprende que hubo fiebres tifoideas distribuídas por todo Madrid, pero muy preponderantes en las proximidades de las fuentes del viaje de Abroñigal; que en diciembre he visto enfermos de esta clase en las calles de Argensola, Barquillo, Regueros, Santa Teresa, Plaza de Santa Bárbara, Génova y Prim, alguno en la calle de Atocha, uno en el paseo de San Vicente y otro en la calle del Horno de la Mata; que el número de estos enfermos fué en aquella zona mucho más considerable que en el resto de Madrid, y que lo mismo que en el año 1833 en Londres, podían haberse hecho aquí estadísticas por fuentes. Una cosa análoga sucedió cuando la epidemia colérica en que pudieron observarse focos grandes sin que dejaran de presentarse casos por los puntos más distantes de Madrid. Creo, pues, que no es cosa extraña que suceda lo mismo en una epidemia de fiebres tifoideas, puesto que estos asuntos no son matemáticos. — Codina Castellví.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Extracto de la sesión científica celebrada el día 11 *de Abril de* 1900.

Estudio de la causa íntima de la difteria.—Después de una razonada síntesis hecha por el Dr. Llorente de su conferencia anterior, pide la palabra

El Dr. Robert: Me levanto, dice, para hacer algunas aclaraciones á lo expuesto aquí por el Dr. Llorente, y que todos hemos oído con tanto gusto. En sesiones anteriores he sentado como base: 1.°, que el suero antidiftérico es inócuo 2.°, que es un medio curativo y preventivo; por eso debe em-

plearse en la menor sospecha, y cuando dudemos y no tengamos un laboratorio, debemos inyectar.

La difteria declarada es más bien hipotérmica, en esto estoy conforme con el Dr. Llorente, pero siempre al estallar el proceso hay elevación térmica, y si no acuérdese el Dr. Llorente del niño del Sr. Suárez J.; que le vimos juntos y tenía 40°. El caso del Dr. Gutiérrez tenía 40°,4. La niña del Dr. Morcillo 39°,9; el caso de la Marquesa de E. 40°,2. De manera que las temperaturas en la difteria no son raras, y con los casos citados quiero demostrar que siempre hay (al estallar el proceso) hipertermia, pero luego, en la difteria confirmada, hipotermia. Respecto á la fecha en que yo hice la primera intubación, fué en 25 de octubre de 1895.

El Dr. Llorente: Basta saber que una temperatura se sostiene veinticuatro ó cuarenta y ocho horas para afirmar que no es difteria, y la razón está en que la difteria es una intoxicación y no una infección, y la intoxicación es siempre hipotérmica. En los casos de hipertermia soy opuesto á la inyección de suero. Recientemente he visto un caso de estos con el doctor Monmeneu. La primera intubación que yo hice fué la de las Ventas de Alcorcón, que la presenció el Dr. Robert y nuestro malogrado amigo, el Dr. Magdalena.

El Dr. Robert: Como no se trata más que de puntualizar una fecha, le diré al Dr. Llorente que la intubación del niño en las Ventas de Alcorcón fué en noviembre y la que yo hice por *primera vez* fué en OCTUBRE del mismo año como he dicho antes.

El Dr. Benitez al rectificar dividió su discurso en dos partes: la primera para insistir en las deducciones que hizo á propósito de los tres casos que expuso de *anginas de diagnóstico dudoso*, y la segunda para extenderse en algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento seroterápico de la difteria, conforme lo habían hecho los que le precedieron en el uso de la palabra, por considerar dignos de aclaración algunos de los puntos tratados.

Negó el valor de las estadísticas presentadas por el Dr. Robert, porque á lo sumo significarían que la mortalidad en Madrid sería superior á la de otras capitales europeas; pero de ningún modo que esta diferencia fuese debida á la difteria, y esto sin tener en cuenta, según asegura el Dr. Llorente, que el tratamiento seroterápico de la difteria en Madrid se ha impuesto y generalizado con más facilidad que en el extranjero, debiendo, por lo tanto, estar los resultados en relación con el procedimiento curativo seguido.

Ocupándose del niño cuya historia clínica hicieron en sesiones anteriores los Dres. Gutiérrez y Llorente, se asombró de que dichos doctores, al dudar de la afección de garganta que aquél pudiera padecer, y con el objeto exclusivo de aclarar el diagnóstico, hicieran un examen bacteriológico y llegaran á deducir, por no existir á la vista membranas características clínicamente y á pesar de la comprobación del bacilo de Klebs-Loëffler, la no existencia de la difteria. Todo el mundo sabe, decía el Dr. Benitez, que el repetido bacilo de Klebbs-Loëffler puede encontrarse virulento para otros individuos, ó no virulento, en la boca de los sanos; pero el caso referido por los Dres. Gutiérrez y Llorente es bien distinto; no es el de un niño

sano cuya boca se quiere curiosear, es el de un niño afectado de garganta, visitado por el primero, visto en consulta por el segundo, reconocido por los dos, y que al sospechar que pudiera padecer difteria, y con el objeto de salir de dudas, hicieron un examen bacteriológico de cuyo positivo resultado dedujeron exactamente lo mismo que hubiesen deducido si el resultado hubiese sido negativo; *negar la enfermedad temida* y ¿por qué? porque el niño al día siguiente se encontró mejor y no pudieron comprobar falsas membranas en el fondo de su garganta, según examen ocular directo, sin preocuparse por un momento siquiera de que dicha manifestación local pudiera encontrarse en sitio más difícil de ser visto; porque es de advertir que los Dres. Gutiérrez y Llorente no practicaron la rinoscopia posterior. Además, casos de difteria benigna pueden verse tarde y curar espontáneamente, y éste pudo ser uno de ellos. Por todo lo dicho, consideró el doctor Benitez que si el Dr. Llorente creía que la observación clínica podía bastar para negar esta enfermedad, estuvo de sobra el examen bacteriológico en este caso; pero que si dicho examen se hizo para salir de dudas, debieron atenerse á lo que el microscopio dijera, con tanto mayor motivo cuanto que el examen clínico del enfermito fué incompleto.

Insistió en que el procedimiento del Dr. Llorente conduce al excepticismo, y lejos de hermanar, divorcia el laboratorio de la clínica en perjuicio de los desgraciados enfermos de difteria, algunos de los cuales en caso de duda, resuelta por el laboratorio afirmativamente, y á quienes de un modo indiscutible debiera inyectarles el suero antidiftérico, nos expondríamos, aprobando dicha conducta, á verles sucumbir, si una opinión médica de orden clínico, tan merecedora de ser respetada como la del Dr. Llorente, se atreviera á basar el diagnóstico en su pretencioso ojo médico.

Terminó el Dr. Benítez manifestando al Dr. Llorente la obligación que tenía, no de asegurar, sino de demostrar que el caso referido no había sido de difteria curada por los solos esfuerzos de la naturaleza, y propuso á la Sociedad que hiciera suyas las siguientes conclusiones:

1.ª Ni toda angina pseudo-membranosa es producida por el bacilo de Klebbs-Loeffler, ni en toda angina diftérica por éste producida, ya pura, ya asociada, se encuentran siempre, ni en todos los períodos de la enfermedad, exudados característicos, por lo que, no basándose el diagnóstico clínico nada más que en probabilidades, debe hacerse en todos los casos dudosos el diagnóstico microbiológico.

2.ª Siendo el examen bacteriológico el único medio inequívoco que puede aclarar el diagnóstico *difteria*, confundido clínicamente con muchas afecciones rino-faringo-laríngeas, el médico que dudando demora dicho examen, incurre en grave responsabilidad moral.

3.ª El suero antidiftérico debe inyectarse á todo enfermo, previo diagnóstico clínico *probable afirmativo* de difteria ó con *diagnóstico bacteriológico comprobado*, aunque la impresión clínica fuera de *probabilidad negativa*.

4.ª Conforme las Sociedades de Higiene publican cartillas con el objeto de enseñar á prevenir las enfermedades, divulgando la ciencia, la sección de Pediatría de la Sociedad Ginecológica Española, debiera redactar en dicha forma los medios que las familias, en caso de afección aguda de garganta,

deben poner en práctica hasta la llegada del médico, y contribuir de este modo, sin pérdida de tiempo, á curar esta terrible enfermedad.

El Secretario de actas,
RUPERTO SÁNCHEZ.

PERIÓDICOS

Operación de catarata.—El Dr. D. Julián López Ocaña publica, en la *Gaceta Médica Catalana*, las siguientes consideraciones acerca de este asunto:

Es creencia muy general que la operación de catarata no debe ejecutarse más que en primavera y otoño, y conviene saber que la única ventaja que sobre las demás épocas del año tienen las estaciones intermedias, es la de la uniformidad y templanza de la temperatura. En el invierno, como suele ser intenso el frío y, para mudar el apósito y limpiar el ojo operado, hay que someter bruscamente á éste á la temperatura del medio ambiente después de haberle tenido muy abrigado merced al vendaje, no es difícil que se acentúe y adquiera carácter catarral la conjuntivitis del operado (conjuntivitis simple) y, por tanto, que la convalecencia sea un poco más larga que de ordinario. Durante los fuertes calores estivales, no hay más inconveniente para la operación que la gran molestia que produce al paciente un decúbito constante y un enervante y copioso sudor que se desarrolla por la quietud absoluta y que hace interminables las horas que se pasan en el lecho. Puesto en la alternativa de operar durante los intensos fríos invernales y durante la caliginosa canícula, preferiría hacerlo mejor en esta época, porque así como sin luz y sin calor no hay vegetación posible, fuera de alguna especie rudimentaria, así también con el calor los trabajos cicatriciales se hacen más pronto, conviene que se sepa que la operación de catarata puede hacerse con buen resultado en cualquiera estación del año, porque son de orden muy secundario las razones que se dán en contra.

La catarata debe operarse, cuando está completa. Y el enfermo puede saber que lo está cuando, vuelto de espaldas á la luz y bien tapado el ojo que no tenga catarata ó esté poco avanzada, al pasar su mano muy próxima al ojo acataratado perciba que se opone un obstáculo al paso de la luz. Mientras vea la mano con mayor ó menor claridad, deberá aplazar la operación.

En tesis general, la catarata recae en ancianos, es un signo evidente de que la vida está en el ocaso, y cuando atardece en el organismo del hombre, vienen con el crepúsculo las supuraciones tardías, los exudados, las inflamaciones insidiosas. Como en las operaciones se va á donde se puede y no á donde se quiere, se debe tener mucha prudencia y no hacer iridectomías previas, ni maduraciones artificiales ni operaciones de cataratas incompletas, sino en casos muy contados.

La coloración de la catarata varía desde el blanco llamado de hueso al negro más ó menos intenso y uniforme. Por lo general, la catarata (salvo la quística) es blanca en el joven, y en el hombre de mediana edad, tiene co-

lor de topacio)(cuando no hay complicación capsular), en el de edad algo más avanzada, y es parduzca ó negra en el anciano. Por su consistencia, blandas ó lechosas, grumosas ó semiblandas y duras, tengan ó no núcleo pequeño ó grande y tengan ó no reblandecimiento de retorno ó regresión. Además del cristalino puede acataratarse la porción anterior de la cápsula, y también la cápsula toda. La catarata quística no es, después de todo, más que una catarata cápsulo-lenticular, en que el cristalino ha sufrido totalmente un movimiento de regresión.

La supuración de la córnea, cuando adquiere algún incremento, evita común y desgraciadamente nuevas operaciones en el ojo que se sometió á la operación. La iritis exudativa, la irido-capsulitis, cuanto produce, en una palabra, la catarata secundaria, es del dominio del oculista, lo mismo que la excisión de la hernia del iris, cuando sobreviene, que si no se corta, aunque se cauterice como hacen algunos, trae en lontananza algunas veces, muchas, la pérdida de la función y aun la del órgano visual.

Las conjuntivitis simples, las dacriocistitis catarrales ó rijas, bien provengan de catarros nasales ó de la conjuntiva, la granulación conjuntival, todo esto constituye una seria contraindicación de la operación de la catarata.

Histero-epilepsia malárica.—En *La Medicina Ferroviaria* publica el doctor D. Casimiro García López, el siguiente caso clínico:

Fué llamado á las diez de la noche para visitar á C. M., de dieciséis años de edad, buena salud habitual, á quien sus padres, desagradablemente sorprendidos, estando en cama, por el ruido que hizo al caer en el suelo, encontraron atacado de convulsiones; á su llegada le halló con frialdad muy notable, pulso pequeño, filiforme, respiración anhelosa, descomposición de la facies por la contractura de los labios, ojos desmesuradamente abiertos, con dilatación pupilar, que reaccionaba lentamente á la impresión de la luz, inyección conjuntival, las piernas contracturadas, la derecha torcida con el pié rígido y sumamente extendido en la línea de continuación con la pierna que estaba cruzada con la izquierda, la que tenía el muslo doblado sobre el vientre y éste rígido y tenso, formando los dos un ángulo obtuso. Los brazos estaban en igual forma formando con los dedos actitudes variadísimas y cruzados como las piernas, alternando este estado con períodos de relajación momentáneos, seguidos de un grito gutural, convulsiones de los labios, ojos, troncos y extremidades, sin conocer á nadie ni poder atender; ante este cuadro sintomatológico en un joven que padecía de gastricismo febril, que cedió al tercer día estando completamente apirético, la tarde del ataque; sin antecedente de enfermedad anterior; teniendo en cuenta que en la localidad el paludismo se asocia á casi todas las enfermedades, pensó el Dr. García López que, en el caso presente, se trataría de una de esas formas gravísimas, toda vez que la medicación más enérgica no dió resultado, pues el enfermo falleció á las cuatro de la mañana del siguiente día, por colapso cardíaco.

En vista de la rápida terminación que tuvo este enfermo, ¿qué clase de enfermedad produjo la muerte? ¿lo fué la histero-epilepsia por sí sola ó influyó otra causa para ello? Para la resolución de este problema, es necesario

tener en cuenta que este enfermo vivía en una casa inmediata á un regato, con exceso de suciedades y vegetales en descomposición, causas muy favorables al desarrollo del paludismo, y aunque este hecho sea aislado, pues otros individuos que viven en las mismas condiciones no le han padecido, es suficiente para atribuirlo á dicha causa. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 5 de Junio de 1900.

Lesiones histológicas de la rabia en el hombre y en los animales.—El doctor LAVERAN: El Dr. Marinesco ha estudiado el sistema nervioso en tres casos de rabia en el hombre, uno de los cuales presentó parálisis ascendente; ha examinado además los centros nerviosos de 6 perros rabiosos y de 7 conejos inoculados con virus debajo de la dura-madre craneana.

En los tres casos de rabia humana encontró lesiones marcadísimas en los ganglios espinales, en los ganglios yugular y simpático y en el de Gasserio. Estas lesiones pueden resumirse así: infiltración de las trabéculas intersticiales por leucocitos mono y poli-nucleares, infiltración difusa que adquiere algunas veces tales proporciones, que las células nerviosas están perdidas entre los leucocitos. La infiltración afecta en ocasiones la forma de nódulos alrededor de las células nerviosas, más rara vez en el tejido intersticial. Otra lesión importante es la descrita recientemente por van Gehuchten y Nélis. Es la proliferación considerable del endotelio de la cápsula de las células nerviosas; en ciertos casos, la célula desaparece por completo. Esta neoformación, que se asemeja á un folículo glandular, la llaman Van Gehuchten y Nélis *nódulo rábico*; según Marinesco, no es específica en absoluto de la rabia.

En los tres casos de rabia humana, Marinesco ha observado en la médula espinal reacciones vasculares más ó menos intensas en forma de hiperemia y de infiltración leucocitaria peri-vascular. Acá y allá se ven nódulos intersticiales compuestos de células neuróglicas proliferadas y de leucocitos. Estos nódulos se localizan unas veces en la substancia blanca y otras en la gris. En dos casos de estos, Marinesco descubrió alrededor de las células nerviosas, y únicamente en ciertos cortes, la lesión descrita por Babés con el nombre de nódulo rábico. Las lesiones de las células nerviosas varían bastante en intensidad y en forma. En los ganglios espinales, las células, como indican Van Gehuchten y Nélis, son comprimidas por las células endotélicas proliferadas. El agente rábico altera además el citoplasma, altera-

ción que varía desde la simple tumefacción de los elementos cromatófilos hasta la acromatosis. Marinesco ha descubierto además, en ciertas células radiculares motoras, corpúsculos brillantes del tamaño de un glóbulo sanguíneo, de forma ovoide ó redonda, que se tiñen perfectamente con los colores ácidos; estos corpúsculos, observados ya por Babés, son debidos á la necrosis de coagulación parcial.

El sistema nervioso de los perros rabiosos presenta lesiones más extensas que se observan en los ganglios cerebro-espinales, simpático-cervicales y en la médula espinal. Las lesiones de los ganglios cerebro-espinales son idénticas á las descritas por Golgi y Nepveu en los ganglios de Gasserio, y sobre cuya importancia han llamado la atención Van Gehuchten y Nélis. En el eje cerebro-espinal, y particularmente en la médula, Marinesco ha observado reacción vascular con infiltración leucocitaria y nódulos.

En los conejos inoculados con virus debajo de la dura-madre craneana, no se han observado lesiones manifiestas ni en la médula ni en el bulbo; pero las células de los ganglios espinales presentaban acromatosis notables. Las lesiones intersticiales eran rarísimas.

Marinesco cree que esta acción diferente del virus inoculado y del de los perros de la calle es debida á tres factores: 1.°, la intensidad del virus fijo; 2.°, el poco tiempo que sobrevive el animal trepanado; 3.°, la vía de transmisión del virus por la cavidad aracnoidea. La falta de lesiones manifiestas en estos animales tiende á demostrar que las parálisis rábicas no pueden atribuirse á la lesión de los ganglios espinales.

Deduce de sus observaciones que los nódulos rábicos de Babés y las alteraciones de los ganglios espinales, descritas por Van Gehuchten y Nélis, son de gran utilidad para el diagnóstico histológico de la rabia, pero su falta, según han demostrado Nocard, Cuillé y Vallés, no permiten negar la existencia de esta enfermedad.

Aneurisma de la aorta tratado por las inyecciones de gelatina.—El Dr. Lancereaux: El enfermo que presento tiene treinta y siete años, y en 1886 87, padeció en Tonkin fiebre intermitente palúdica. Desde 1894 á 1898 tuvo dolores vagos en la cabeza y en los hombros, y de cuando en cuando dolores torácicos, hasta que apareció un tumor aneurismático que perforó el esternón.

En octubre de 1898 ingresó en mi Clínica y el Dr. Paulesco le hizo, en el transcurso de ocho meses, 36 inyecciones de una disolución al centésimo de gelatina en suero artificial. Bajo la influencia de este tratamiento, el tumor se endureció y retrajo poco á poco.

En junio de 1899 el enfermo fué dado de alta. Se encuentra bien y ha engordado 10 kilogramos. El tumor, que elevan todavía los latidos, es hoy durísimo; mide al exterior 6 á 8 centímetros de diámetro.

Este hombre que al andar lo hacía encorvado, anda hoy muy derecho; además puede dormir sobre el dorso, lo que antes era imposible.

Influencia de las moscas y de los mosquitos sobre la propagación de la viruela en Argelia.—El Dr. Hervieux: En la sesión de abril último los Dres. Laveran y Blanchard, se ocuparon de la influencia de los mosquitos en la propagación del paludismo.

Voy á exponer las observaciones que el Dr. Lafforgue, médico del Hos-

pital de Batna (Constantina), ha hecho mientras se dedicaba á la vacunación.

En marzo y abril de 1898, se desarrolló en Tamerna Djédida una epidemia de viruela que atacó de preferencia á los niños. El Dr. Lafforgue, informado por el caid de la tribu, se trasladó á este punto y supo que habían muerto ya 7 niños y estaban enfermos 21. La mayor parte de los enfermos pertenecían á familias que habitaban la parte sudoeste de la población ; la parte norte quedaba libre. El Dr. Lafforgue no podía atribuir á causa alguna apreciable la inmunidad de esta parte de la población, pero después de varias observaciones metereológicas tuvo que invocar la influencia de las corrientes atmosféricas que reinaron en los meses referidos. Las moscas y los mosquitos que en esta época del año principian á ser numerosos en dicha comarca, vuelan en el sentido del viento. En estas localidades se atribuye á dichos insectos un papel importantísimo en la propagación de la conjuntivitis granulosa. Por analogía supuso el Dr. Lafforgue que las moscas y los mosquitos no eran extraños á la propagación de las viruelas en la epidemia indicada. En efecto, el azote se propagó en la dirección sudoeste y Tamerna Kédima, población situada al norte de Tamerna Djédida y á unos 1500 metros quedó completamente á salvo.

Esta idea, que su autor considera al pronto como poco importante, desde el punto de vista práctico, fué utilísima, porque le guió para elegir como sitio de aislamiento de los enfermos un local en la dirección norte-sur y en un punto elevado.

Los hechos que acabamos de indicar, permiten comprender la analogía que existe entre los descubrimientos de Koch, Laveran, Blanchard, etc., y las observaciones de Lafforgue. ¿Cuál ha sido la influencia de los mosquitos en la génesis de la epidemia variolosa observada por nuestro colega? No afirma de un modo absoluto y categórico dicha influencia, pero las circunstancias concomitantes que señala no deja duda alguna sobre su convicción respecto al particular.

La propagación de la conjuntivitis granulosa por los mosquitos y las moscas, es un hecho demostrado en este país. ¿Por qué no admitir que los insectos que propagan la conjuntivitis propaguen también la viruela?

Existe también otro hecho que corrobora estas afirmaciones ; es la dirección del viento que en ciertas épocas, sobre todo, en marzo y en abril, reina en este país. La epidemia se propaga precisamente en la dirección que el viento arrastra los insectos referidos.

Podría oponerse á esta afirmación el hecho de la simple coincidencia, pero responderé que estos hechos no deben extrañarnos hoy que sabemos la parte que tienen los mosquitos en la propagación del paludismo.

Los médicos que ejercen en las colonias, son los que con el microscopio se encargarán de estudiar la influencia de los mosquitos en la propagación de la viruela. Diré, para terminar, que los Dres. Laveran y Blanchard aceptan las conclusiones del Dr. Lafforgue.

Laveran ha observado hace veinte años este modo de propagación para los botones de Biskra.

Tratamiento de la entero-colitis disenteriforme infantil por el polvo de guarana. — El Dr. R. Saint-Philippe : Las diarreas de la infancia son múltiples :

varían en su forma, en su aspecto, en sus causas, y es imposible emplear un sólo tratamiento.

En efecto, entre estas diarreas, unas son debidas á un trastorno funcional reflejo, á un aumento de la secreción, á una indigestión pasajera ó durable. Basta corregir el exceso del régimen para que curen ; suelen ceder también con el ácido láctico, el bicarbonato de sosa ó la antipirina.

Las otras son debidas indudablemente á una intoxicación endo ó ectógena, más ó menos intensa. En estas es eficacísima la antisepsia fisiológica, es decir, el método evacuante y sustitutivo, los purgantes suaves y los calomelanos á pequeñas dosis, que obran de un modo particular. A este grupo pertenecen las diarreas interminables del destete que están sostenidas por una dietética defectuosa, en ocasiones por la dispepsia de la leche de vacas. Curan en poco tiempo suprimiendo este alimento, menos perfecto de lo que se cree.

Otras diarreas reconocen por causas determinantes una verdadera alteración, una lesión del aparato digestivo, provocada indudablemente por microbios de diversas clases, de los que sólo algunos se conocen y se han estudiado. Son verdaderas *enteritis*. Me ocuparé exclusivamente de la entero-colitis disentérica ó disenteriforme.

La disentería verdadera, específica, parecida á la de los países cálidos, es rarísima entre nosotros, sobre todo, en el niño, que está menos expuesto que el adulto. La que se observa á menudo en la infancia, es la forma mixta, intermedia, que participa á la vez de la enteritis y de la disentería, y que se caracteriza por deposiciones viscosas, espumosas, mucosas, de aspecto verduzco como el limón, de olor fétido, que van acompañadas de cólicos y de pujos, y que pueden contener algunos trozos de membrana, líquido rojizo, sanguinolento, en ocasiones sangre pura, casi nunca pus, y que en los casos más graves, á causa de la intensidad del proceso de descamación, tienen el aspecto del agua de lavar carne. Aunque no es la disentería, la semejanza es notable.

La misma semejanza en la anatomía patológica. La lesión primitiva que es la ulceración, presenta tres períodos evolutivos. En los casos sencillos se observa de preferencia el primero, es decir, las lesiones del catarro agudo : hipersecreción de las glándulas mucosas, infiltración leucocitésica, y sobre todo hemorrágica del estroma, con nudosidades del volumen de un cañamón al de un guisante, cuya base se extiende en la submucosa. El vértice que desflora la mucosa, se seca y escarifica. Las lesiones se acentúan por la caída de la escara, y por la formación de falsas membranas reticuladas, adherentes á la pared, difíciles de desprender y de disgregar.

En esta forma de entero-colitis aguda, en estas deposiciones viscosas, Thiercelin asegura haber encontrado un microbio, un micrococo, al que ha dado, por analogía, el nombre de enterococo y que desempeña, según él, un papel importante en la patogenia de las afecciones digestivas. Vive en estado de saprofito en el intestino, donde abunda en estado normal, y su virulencia puede exaltarse por causas múltiples de índole local ó general ; estreñimiento, alimentación excesiva, alteración del quimismo gástrico ó trastorno funcional del hígado ó del páncreas, ó bajo la influencia de lo que los antiguos llamaban la constitución médica.

Sea lo que quiera, dependa el padecimiento de un microbio especial ó del coli-bacilo, es indudable que existe una modalidad de la enteritis infantil, que se diferencia, por su etiología y su carácter, de las formas vulgares y se asemeja á la disentería, va acompañada de fenómenos generales, más ó menos graves, suele complicarse con meningismo ó meningitis, y tiene indicaciones terapéuticas especiales. Creo que conviene llamarla *colitis disenteriforme* mejor que enteritis muco-membranosa. La enteritis muco ó mucinomembranosa, es una enfermedad del adulto, de crisis, de recaídas, de marcha lenta y fría, de tipo bien marcado, que no se asemeja á la disentería y en la que la *exfoliación membranosa* ocupa el primer sitio entre los síntomas.

En la colitis viscosa, igual que en la disentería, se emplean los purgantes, la poción oleosa, los calomelanos, y cuando fracasan estos medios quedan la ipecacuana y la simaruba. Pero todos ellos son susceptibles de reproches. Los niños rehusan pronto los purgantes, la poción oleosa y la ipecacuana. La simaruba, tan eficaz en ciertos casos en forma de vino, no es aplicable en los enfermos de corta edad.

Aconsejo un medicamento sencillísimo, de administración fácil, de eficacia segura, y que si no destrona á los demás, puede suplantarles muchas veces, y siempre—la abundancia de bienes no perjudica—servirles de sucedánio: es el *polvo de guarana*, que ha caido casi en el olvido, y que tanto los autores antiguos como los modernos apenas citan, excepto al tratar de su acción en la jaqueca «que se ha empleado con frecuencia en el Brasil y en los países cercanos en las diarreas y disenterías, tan frecuentes y graves en estas comarcas, y en las convalecencias como medio de fortificar el estómago, de que renazca el apetito y de facilitar las digestiones». Una casualidad me ha revelado el partido que puede sacarse de una substancia, que solo Trousseau, que yo sepa, manifiesta haber empleado con algún éxito en tales casos.

El hijo de un oficial, que había viajado por las colonias, contrajo en obtubre de 1898, al ser destetado, una colitis aguda, de forma disentérica y gravísima. Emplée sin éxito cuanto se aconseja en tales casos, y en vista de su ineficacia, el padre y la madre me indicaron si quería ensayar la guarana que habían visto emplear con éxito en la Guyana. Como el medicamento era inofensivo, accedí, pero sin fé. Los resultados fueron maravillosos, tanto en este caso como en los que he empleado después el mismo tratamiento.

El polvo de guarana, que es preciso emplear muy fresco, se obtiene raspando una especie de pasta arrollada en forma de cilindro ó de morcilla, que venden en las droguerías, y que, según se dice, preparan los indios guaranis del Uruguay y del Para con las semillas del *paullinia sorbilis*. Los guaranis preparan dicha pasta pulverizando sobre una piedra plana caliente estas semillas, y agregando algo de agua, cacao y harina de mandioca. La guarana contiene guaranina, idéntica á la cafeína, aceites esenciales volátiles y taninos especiales, que forman con las sales de hierro un color verde. Las semillas de la paulinia contienen más cafeína que el café y el té. ¿Cómo explicar los efectos fisiológicos de la pasta de guarana? De varios modos. Por sus aceites esenciales, su aceite moreno y su resina, que existen, á decir de algunos en proporciones bastante notables, la guarana debe obrar de igual manera que la poción llamada oleosa, que sustituye una secreción por otra.

Es preciso adoptar una forma farmacéutica que no evapore sus principios activos, y que además desarrolle otros nuevos, algunos de ellos quizá alcaloides, cuya acción se conocerá.

La *maceración en frío* es el medio de realizar este doble *desideratum*. Esta forma es la que emplea el empirismo en América. Por el tanino que contiene también, y que está dotado de caracteres propios, obra como un astringente, como un caterético sobre la textura, sobre la circulación y sobre la secreción de la mucosa intestinal, afectada, según hemos visto, de catarro agudo. El tanino ordinario, tan recomendado por Doboué (de Pau), es un medicamento activísimo, que obraría de una manera soberana en muchos estados patológicos si se suprimiera su rudeza incisiva, su intensidad de acción sobre los tejidos con quien se pone en contacto.

La cafeína de la guarana no puede considerarse como un elemento baladí en una enfermedad que va acompañada de trastornos circulatorios, locales y á distancia, de anemia, de debilidad y de extenuación orgánica rápida. Su valor, algo olvidado, pero seguro en la jaqueca y en muchas cefaleas ¿no indica, al parecer, su acción cuando existen toxinas gastro-intestinales productoras de estas jaquecas, de estas cefaleas?

Véase el modo de empleo y la dosificación del medicamento. Según he indicado, es preferible la maceración. Bastan veinticuatro horas : con cuarenta y ocho se obtiene una disolución más saturada. El líquido adquiere entonces un hermoso color rojo amapola, de sabor poco pronunciado. Es esencial, vuelvo á repetirlo, exigir al farmacéutico que el polvo sea fresco, porque de lo contrario, la guarana pierde sus propiedades. La dosis media es de 50 centígramos en las veinticuatro horas para los niños de uno á dos años, y de 1 á 2 gramos para los de más edad. Si se aumentan las dosis, se obtiene el efecto puramente astringente, y no la modificación tan importante de las deposiciones. Aconsejo 50 centígramos á 2 gramos de pasta fresca de guarana, que se macera *en frío* en 60 á 100 gramos de agua hervida. La preparación se administra cada dos horas á cucharadas pequeñas ó grandes. Conviene recomendar á los padres que pueden preparar por sí el remedio, que preparen siempre dos dosis, una para un día y otra para el siguiente, y que las tengan al abrigo del aire y del polvo.

Se dulcifica ó no la preparación según el gusto del enfermo, pero es mejor no dulcificarla. La mezcla debe agitarse para que se absorba también el polvo. Como alimentación se empleará leche aguada, y si los excrementos contienen grumos de leche, se usarán sólo bebidas emolientes, no nutritivas. La dosis de polvo se disminuirá, según se observe mejoría, evitando el estreñimiento.

Si el medicamento produce algo de excitación, de insomnio á causa de la cafeína, se hará tomar al enfermo un baño tibio, de preferencia antes de acostarse.

La guarana puede administrarse desde el principio de la enfermedad con exclusión de todo otro remedio. No es indispensable emplear antes un vomitivo ó un purgante.

Conclusiones : 1.ª, las diarreas de la infancia deben diferenciarse unas de otras para poderlas tratar de un modo racional. El aspecto de las deposiciones es lo único que permite aplicar el tratamiento debido.

2.ª La entero-colitis viscosa, *disenteriforme*, disentérica, es una variedad caracterizada por etiología, síntomas é indicaciones terapéuticas especiales.

3.ª Esta especie de enteritis se modifica de un modo notable por el polvo fresco de pasta de guarana, que debe emplearse en maceración fría durante veinticuatro horas.

4.ª Las dosis varían, según la edad, de 50 centígramos á 2 gramos en veinticuatro horas.

5.ª La acción fisiológica, evidentemente compleja, merece estudiarse. Podemos decir por el pronto que es sustitutiva y tónica.

6.ª La guaraña, por su acción específica, merece figurar entre los demás remedios *anti-disentéricos*. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 30 *de Mayo de* 1900.

De la incisión de los abscesos pelvianos por la vía pre-rectal.—El Dr. Delanglade: He tenido ocasión de emplear este procedimiento operatorio en tres casos. El primero se refiere á una niña que había sufrido diversas intervenciones por una peritonitis enquistada de focos múltiples; uno de estos focos fué abierto por la vía pre-rectal; á pesar de los cuidados que se la prodigaron, la enferma no pudo luchar contra la infección y sucumbió. Añadiré que, en vista de las circunstancias desesperadas en que se hizo la intervención, este caso no puede invocarse ni en pró ni en contra del procedimiento operatorio. En los otros dos casos, se trataba de apendicitis con foco supurado situado en la cavidad pelviana. Uno de ellos se refire á un joven de dieciocho años con síntomas de apendicitis sin tumefacción cecal; al principio, fué tratado por el hielo que produjo una notable mejoría durante un mes; después los dolores reaparecieron súbitamente y por el tacto rectal se notaba una masa fluctuante voluminosa situada en el fondo de saco pelviano, la cual fué abierta por la vía pre-rectal y seguida de curación. En el otro enfermo, se trataba de un hombre de cincuenta años que había tenido al principio signos de colitis con deposiciones abundantes y glerosas; después se presentaron dolores abdominales sin localización fija y sin punto de Burney, al propio tiempo que aparecía una colección purulenta en la fosa ilíaca. Se practicó una incisión por encima de la arcada, y difícilmente pudo alcanzarse el foco purulento situado á gran profundidad. A pesar de esta incisión, tuvo una recidiva, algún tiempo después, en forma de colección situado en el fondo de saco peritoneal. Como en el caso precedente, intervine por la vía pre-rectal y actualmente no queda más que un pequeño trayecto fistuloso que debe curar muy pronto. En estos casos de apendicitis con foco pelviano, la vía pre-rectal aún no ha sido empleada en Francia. Manclaire ha descrito el manual operatorio pero sin haberlo puesto en práctica en el enfermo. En el extranjero sólo conozco un caso referido por Sutton, cirujano americano. Este procedimiento operatorio que se ejecutará como la talla pre-rectal de Nélaton, debe preferirse á las intervenciones por la vía abdo-

minal, por la vía rectal y por la vía sacra cuando el absceso ocupe la cavidad pelviana.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal.—El Dr. ALBARRÁN: El doctor Tuffier considera el cateterismo ureteral como inútil: 1.°, cuando con un riñón tuberculoso la orina contenida en la vejiga es normal, lo cual en teoría puede ser verdad, pero dudo que el Dr. Tuffier haya encontrado muchos casos, y 2.°, cuando exista una pielonefrosis, lo cual es una excepción; por lo tanto, estos hechos no pueden invocarse como objeciones. El doctor Tuffier admite el cateterismo en caso de duda. Esta misma semana he podido reconocer que una orina que contenía cilindros y bacilos de Koch procedía de un riñón que á la palpación no parecía enfermo. El cateterismo ureteral es el sólo procedimiento que permite darse cuenta segura del estado de los riñones. Se ha objetado que era necesario dejar la sonda permanente durante veinticuatro horas y que esto era peligroso, y lo cierto es que hoy día bastan algunos gramos de orina, y, por consecuencia, algunos minutos solamente para fijar el estado del riñón. Por lo tanto, el cateterismo ureteral no es peligroso. Yo lo he hecho centenares de veces y los dos casos en los que ha sido seguido de accidentes, citados por el Dr. Tuffier, deben recibir otra interpretación. Conozco á estos enfermos y puedo de este modo completar la observación. En el primero, se trataba de una mujer que he vuelto á ver últimamente con J. Reverdin. Dicha enferma no tenía doble pielitis; ésta sólo existía en el lado izquierdo y al mismo tiempo había cistitis, la cual fué la causa de los accidentes que presentó. En el segundo caso, se trataba de una mujer que ví con el Dr. Tarnier y que padecía una hematonefrosis izquierda. El cateterismo demostró que el riñón derecho estaba sano. La enferma rehusó toda operación, y quince días más tarde, tuvo accidentes debidos á su hematonefrosis y ha sucumbido á los accidentes de retención. En este caso, con más motivo que en el primero, no se trataba de tuberculosis. Estos dos hechos citados por el Dr. Tuffier, no tienen, pues, ningún valor en la discusión y no me explico por qué han sido invocados contra el cateterismo.

De la asepsia operatoria. — El Dr. REYNIER: Las principales condiciones que siempre permitirán hacer buena cirugía, consisten en tomar el mayor número de precauciones posibles, disponer de salas distintas para los enfermos sépticos y asépticos y desinfectarse las manos con gran cuidado. Para la desinfección de las manos, el simple lavado con agua caliente es insuficiente; yo prefiero las soluciones antisépticas: despues de lavarlas con agua jabonosa, deben emplearse el permanganato de potasa, el hiposulfito de sosa y el sublimado, y de este modo se llega á no infectar los operados y á transformar las manos en no peligrosas, aunque en los dias precedentes se las haya puesto en contacto con materias sépticas. Para ciertas operaciones pueden emplearse los guantes, aunque no los de hilo, que se infectan fácilmente; pero para las intervenciones delicadas no son convenientes. Actualmente creo que no debe abandonarse la antisepsia, puesto que la asepsia, aun siendo superior, no puede realizarse en la mayor parte de los casos.

El Dr. DELBET: Creo que no está bastante probado que las manos no puedan ser esterilizadas. Soy un adepto muy antiguo de la asepsia en ciru-

gía; nunca pongo un antiséptico en contacto con tejidos sanos y no infectados, y cada vez coloco menos en contacto de los infectados. En efecto, conviene tener presente que los antisépticos, dejando aparte la piel, destruyen más células epiteliales que microbios. Estoy absolutamente convencido que se pueden esterilizar las manos, lo cual he probado experimentalmente con el Dr. Widal. Al efecto, me he infectado las manos con un agua en la cual se vertieron caldos con cultivos de estafilococus blanco y dorado y de estreptococus; después me he lavado cuidadosamente las manos, como lo hago siempre antes de toda operación, y todos los tubos de gelosa que he tocado han resultado estériles; por lo tanto, puedo aseptizar mis manos infectadas de antemano. Para lavarme las manos empleo el agua muy caliente y el jabón ordinario; pero conviene saber que uno de los puntos más importantes de este lavado consiste en emplear muy pequeña cantidad de agua para obtener una fuerte emulsión de jabón. Después, me cepillo las manos con alcohol á 90° C., y, por fin, las mojo en una solución de sublimado.—Codina Castellví.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 17 *de Mayo de* 1900.

Un caso de galactoforitis. — Los Dres. Demelín y Gadaud: El caso que vamos á referir tiene algunas particularidades interesantes. Se trata de una mujer que amamantó á su hijo sólo dos semanas y que á los cuarenta días después del parto tuvo fiebre y dolores en una mama. Al reconocerla se observó galactoforitis y comprimiendo sobre la mamila pudo extraerse bastante cantidad de pus. Diez días después nuevo ataque de galactoforitis que se repitió cinco ó seis veces consecutivas. Pudo conseguirse al fin la curación sin que se formara absceso mamario. Lo curioso de este caso es la aparición de la galactoforitis cuando el niño no mamaba y la marcha recidivante de la afección.

El Dr. Budin: La repetición de esta galactoforitis puede ser debida quizá á que no se exprimió bien la mama, es decir á que no se vació por completo el pus contenido en los conductos galactóforos. La galactoforitis tardía es frecuente, pero difícil de observar porque las enfermas abandonan el hospital antes de que se presenten. En ciertos casos la galactoforitis coincide con linfangitis.

Linfadenoma congénito generalizado. — El Dr. Decloux: El linfadenoma congénito generalizado es raro. Parmentier sólo cita 3 casos. Hemos observado un caso de este género en un niño que vivió diez días y en el que se encontraron estas lesiones en el pulmón, el hígado, el intestino, las cápsulas supra-renales etcétera. La afección evoluciona de igual manera que el cáncer. En el hígado el tejido de nueva formación se desarrolla de preferencia en los espacios de la vena porta.

El Dr. Bonnaire: En el examen clínico de este enfermo se encontraron antecedentes de sífilis. Tenía los miembros inferiores edematosos, el hígado

tan voluminoso que llegaba casi á la sínfisis pubiana y pénfigo de la planta del pié que se extendió en seguida á las piernas. La autopsia demostró que la cápsula supra-renal izquierda estaba tan hipertrofiada que en vida se confundió con el bazo.

Fisiología nerviosa del útero. — El Dr. Keiffer : El útero puede funcionar con independencia porque está dotado de un aparato auto-motor igual que el corazón. Existe en el útero un sistema nervioso muy completo que es posible aislar empleando únicamente el método de Golgi. Estos elementos están constituídos por un plexo formado de células que envían bastantes prolongaciones. Los plexos están repartidos de un modo uniforme á lo largo de los vasos sobre los que ejercen una influencia notable. Las anastomosis de estos sistemas de células y de prolongaciones se hace por continuidad y por contigüidad. Las fibras pueden dividirse en sensibles, motoras, secretoras y glandulares. Existe por lo tanto en el útero un sistema ganglionar formado por verdaderos nidos de células que desempeñan un papel importantísimo en la fisiología uterina. Gracias á esta independencia nerviosa el útero tiene una verdadera autonomía que asegura el triunfo del parto.

Parto distócico en una coxálgica.—El Dr. Maygrier : Una mujer de treinta años tenía desde su infancia coxalgia izquierda que había hecho dificilísimos los partos anteriores. Como se hallaba á fines del embarazo se provocó el parto. Se practicó la versión que fué difícil porque el miembro inferior izquierdo estaba en semiflexión, en abducción y en rotación hacia dentro. Se imponía esta intervención porque la cabeza del feto estaba dirigida hacia la parte más estrecha de la pelvis y sin tendencia á encajarse. Durante la extracción de las nalgas se rompió el cordón, lo que ocasionó la muerte del feto. La pelvis de esta mujer se radiografió después por el método de la radiografía métrica. La restitución de la curva obtenida demostró que esta pelvis asimétrica, pero no oblícua oval, era de dimensiones menores de lo que se suponía.

Ictericia agravada al fin del embarazo. — El Dr. C. Jeannin, presentó preparaciones histológicas del hígado y de los riñones de una mujer que murió de ictericia grave después del parto. Los fenómenos observados fueron : convulsiones, hipotermia, después coma sin hemorragia ; la criatura extraída con el forceps, estaba también muerta. En el hígado se observó la destrucción completa del tejido noble, infiltración de las células linfáticas y esclerosis de los espacios de Kierman ; los riñones estaban poco enfermos, pero padecían nefritis hemorrágica. En resumen, se trataba de lesiones antiguas del hígado, sobre las que se ingertó durante el embarazo, un proceso infeccioso agudo debido probablemente al coli-bacilo.

Eclampsia post-partum.—El Dr. Maygrier : Se trata de una primípara de treinta y siete años, que ingresó en la Maternidad de la Caridad, sin presentar nada de particular antes del parto, pero que padeció eclampsia en el puerperio. La enferma tardó poco en morir. A la autopsia se encontró hemorragia cerebral abundantísima, lo que explica la muerte rápida. La orina analizada antes del parto, no contenía albúmina, pero durante los accesos la albuminuria era intensa.

Superinvolución uterina con amenorrea y galactorrea durante catorce meses. —El Dr. R. Blondel : El 6 de abril del año actual, se presentó en la Clínica una mujer que había tenido un parto normal el 6 de marzo de 1894, un año

después de su matrimonio ; la criatura murió. El puerperio no tuvo más particularidad que la persistencia de la secreción láctea. Las mamas disminuyeron de volumen, pero siguieron segregando leche. La enferma no volvió á reglar. A los seis ó siete meses del parto, su vientre aumentó poco á poco de volumen, tuvo bocanadas de calor á la cara, palpitaciones, principalmente después de comer, disnea, leucorrea abundante y dolor en la región lumbar.

Al reconocerla se observó que el abultamiento del vientre estaba constituido sólo por un depósito de grasa en la pared abdominal. El útero era pequeño, duro y el cuello estaba casi atrofiado. La cavidad uterina, medida por el histerómetro, tenía escasamente 5 centímetros.

Exprimiendo las mamilas salía una gota de leche cremosa como la de las mamas de una mujer que ha amamantado durante mucho tiempo. La enferma manifestó que la secreción láctea había ido disminuyendo á medida que el abdomen aumentaba de volumen.

En resumen, se trataba de un caso de atrofia uterina, después del primer parto, debida según toda probabilidad á la superinvolución consecutiva á la galactorrea.

Lo notable de este caso, es que la enferma tardó varios meses en tener bocanàdas de calor, palpitaciones, vértigos, grosura, signos de la atrofia genital tal como se observan después de la castración doble. — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del dia 4 *de Mayo de* 1900.

Sobre la asistencia de los heridos en campaña. — El Dr. Habart trata del estado actual de la cuestión de las heridas en campaña y de las relaciones recíprocas entre esta cuestión y la relativa al servicio sanitario en el campo de batalla. Para ello comienza presentando proyectiles de los calibres comprendidos entre 5 y 18 milímetros, y preparaciones procedentes de cadáveres humanos, caballos, perros, cabras y ovejas, así como de botes de gelatina sobre los que había disparado con armas de repetición de calibre 5, 6 ½ y 8 milímetros; presenta además diagramas y fotogramas balísticos.

Las conclusiones del autor son las siguientes:

1.ª El nuevo armamento de los ejércitos con fusiles de repetición y la reorganización de las piezas de artillería, ha de ser causa probablemente, cuando choquen grandes masas de ejército, de que las pérdidas de hombres sean mayores que hasta aquí, y este aumento habrá de manifestarse principalmente en el mayor número de balazos mortales, puesto que la relación de muertos á heridos puede admitirse que habrá de ser de 1 : 3. Se puede calcular que el 25 por 100 de las bajas serán muertos; el 20 por 100 heridos graves, y el 55 por 100 de heridos leves. También se puede calcular que las bajas de la artillería y de la caballería juntas serán el 10 por 100 de la cifra total. Sin embargo, ahora como antes, más bajas habrán de causar las enfermedades que las balas. El que suceda lo contrario, será un hecho excepcional.

2.ª Los experimentos hechos en todos los grandes ejércitos con fusiles de pequeño calibre, explican de un modo muy ventajoso lo que sabemos acerca de las heridas en los campos de batalla. Los proyectiles modernos, á pesar de su eficacia balística mucho mayor, producen heridas de un carácter más benigno que las antiguas, y gracias á la antisepsia y asepsia que se han introducido en todos los ejércitos, el curso que siguen las heridas en tiempo de guerra, es muy favorable.

3.ª Hoy es más fácil establecer la indicación de las distintas intervenciones quirúrgicas (desbridamiento, hemostasia, resección y amputacion, trepanación, laparotomía, infusión de sal común), gracias á los conocimientos que poseemos de los efectos de los proyectiles y á la protección que prestan la asepsia y antisepsia, los cuales se completan recíprocamente en la guerra, puesto que la antisepsia tiene más aplicación en la línea de combate y la asepsia puede predominar en las ambulancias.

4.ª Muy cuerdamente obran las naciones y los ejércitos que ya en tiempo de paz dedican su atención á la educación de su personal tanto sanitario como auxiliar de éste, pues así se consigue que el servicio sanitario se cumpla mejor en campaña; favoreciendo la curación de los heridos se disminuirá la cifra de los inválidos y se conservará más fuerza útil. La popularización del servicio de enfermeros como la desea v. Esmarch, el fomentar la asistencia del enfermo tanto particular como privada, y el hacer que las medidas de carácter sanitario tenga la mayor aplicación posible en tiempo de guerra, son factores que habrán de contribuir á aumentar los éxitos curativos.

5.ª Mas aún que el primer apósito decide del destino del herido, el primer transporte que tenga que sufrir. Este transporte deberá ejecutarse con prontitud y al mismo tiempo con mucho cuidado. Un personal de camilleros bien educados para recoger y trasportar los heridos y un personal médico suficiente para colocar el primer apósito, pueden influir desde un principio muy favorablemente en el curso de la herida. Este primer auxilio se facilitará teniendo preparados apósitos con arreglo á ciertos patrones, según aconseja Bergmann y fijando de antemano los tipos de apósito de cada forma particular de herida. El núcleo del servicio sanitario en el campo de batalla radica en la Administración, la cual ha de cuidar de que en el caso preciso todo lo necesario se halle en el punto en que debe estar.

6.ª El servicio sanitario en campaña exige conocimientos especiales, y por esto mismo es de todo punto necesario que dicho servicio esté bajo la dirección ó autonomía de los médicos militares. El cambio que han introducido las armas de gran alcance ha dado origen al desarrollo de una táctica propia del servicio sanitario en campaña; y mientras que los organismos sanitarios directores habrán de disponer las fuerzas auxiliares existentes (personal y material sanitarios) y la rebusca de heridos en el campo de batalla, los organismos sanitarios ejecutantes prestarán los primeros auxilios en la línea de combate á los puestos auxiliares y hospitales de sangre, y en las ambulancias, cumplirán las prescripciones higiénicas y vigilarán el estado sanitario del ejército.

7.ª El gran alcance de las armas de fuego modernas exige que los hospitales de sangre se coloquen más lejos que antes de la línea de combate, con

lo cual los camilleros tienen que recorrer mayor trecho y se retrasa la evacuación del campo de batalla. Por esta razón el hacer avanzar los hospitales de sangre, ó puestos auxiliares hasta el sitio donde se producen más bajas en el campo de batalla, sirve de mucho para que los heridos puedan ser atendidos con más rapidez. Con tal objeto deben aprovecharse las treguas y suspensiones de hostilidades después de terminada la acción de guerra.

8.ª Como quiera que es muy frecuente que la actividad del personal sanitario tenga que desplegarse durante la noche, resulta que hay que prestar mucha atención á la manera de iluminar el campo de batalla. Además de las hachas de viento, de las de magnesio, de los aparatos de petróleo y de los de gas acetileno, hay que contar con los focos eléctricos. El problema de poner á buen recaudo provisionalmente los heridos después de grandes combates, en el campo de batalla ó en su proximidad, todavía no se ha resuelto definitivamente, puesto que parece impracticable la rebusca de los heridos y porque además en el caso de victoria hay que atender á los heridos del enemigo.

9.ª La Convención de Ginebra parece que necesita ser reformada. Es de esperar que cuando esto suceda sean llamados también á intervenir representantes de la clase médica, que no ha habido en la conferencia de la paz del Haya.

Aparato de duchas, de fácil transporte.—El Dr. Winternitz presenta un aparato de duchas de tamaño reducido que permite emplear duchas de agua con ácido carbónico en todo tiempo y aunque se vaya de viaje. Lo más esencial del aparato lo constituye un cilindro de diez litros de cabida, del cual sale el agua que sube por un tubo al recipiente que tiene la regadera. La presión necesaria para esto, cuya magnitud se puede leer en un manómetro la suministra el anhídrido carbónico líquido, que pasa al agua á través de una válvula.

El Dr. Lang hace notar que hace ya bastantes años dió á conocer un sifón-regadera que es fácil de preparar y que da muy buen resultado en los casos de prurito del ano, de eczema crónico del aparato genital, de pitiriasis capitis, etc. Para preparar el sifón-regadera se une á un sifón un tubo de caucho de un metro de largo, el cual tiene en el otro extremo una regadera pequeña. Como los sifones se encuentran casi en todas partes, lo único que hay que llevar á mano es el tubo.

Casos de cuerpos extraños.—El Dr. Kienböck: Voy á dar noticia de varios casos de cuerpos extraños que se diagnosticaron por medio del procedimiento de Röntgen.

Primer caso: Se refiere á un niño que desde hace dos años y medio, tenía una inflamación en la rodilla izquierda, dolorosa, recidivante y sin explicación plausible. Muchos cirujanos creyeron que se trataba de un fungus. La radiografía demostró la presencia, en la articulación, de un trozo de aguja de dos centímetros de largo, que fué extraído por medio de una operación, quedando con esto curado definitivamente el paciente.

Segundo caso: Se trata de un chico de nueve años que se había tragado un fragmento puntiagudo de una pieza de plata de un reloj. La primera radiografía demostró que el cuerpo extraño estaba en el duodeno; repetida la misma exploración seis horas después, parecía que dicho cuerpo ya había

bajado hasta el intestino recto. En efecto, á los dos días apareció en las deposiciones.

Tercer caso : Un niño de dos años se tragó una ficha y al poco tiempo aparecieron síntomas de estrechez esofágica. La exploración radio scópica hizo ver que la ficha estaba encajada fuertemente en el esófago ; en vista de esto se la extrajo con el cojedor de monedas.

Cuarto caso : Se refiere á un sujeto que hace siete años se había disparado varios tiros en la cabeza, y que hasta estos últimos tiempos no presentó trastornos del sistema nervioso. Los rayos X revelaron la existencia de cuatro proyectiles pequeños que se habían aplastado contra la superficie de la caja craneana. En otro caso análogo, por el mismo procedimiento se determinó la localización profunda de un gran proyectil que había recibido el paciente hacía tres años en la región temporal derecha y que se hallaba á quince milímetros por debajo del nivel de la piel.

Sexto caso : En este último caso se trata de un hombre de treinta años, en el que la exploración radiográfica ejecutada después del intento de suicidio, desmostró que había penetrado en la cavidad craneana un proyectil de grueso calibre y que se hallaba á mucha distancia del orificio de entrada en el lóbulo occipital derecho. Como el paciente se quejaba de violentos accesos dolorosos en la mitad derecha de la cabeza, se procedió á la extracción de la bala teniendo para ello en cuenta la localización de la misma que habían dado á conocer los rayos Röntgen. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la necrosis del frontal.— En la necrosis del frontal emplea el Dr. A. H. Burgess el tratamiento siguiente : La úlcera se limpia lo mejor posible y se cura con una disolución de ácido clorhídrico al 10 por 100, es decir de la concentración suficiente para disolver el hueso que queda al descubierto. Esta disolución se aplica por medio de un trozo doble de lint de la forma del área necrosada, para evitar que se irrite la piel inmediata ; el lint se cubre con una capa de tejido de gutapercha y sobre ésta se aplica otra capa de lint untada con la pomada de ácido bórico lo bastante extensa para cubrir los bordes de la úlcera, y por último, algodón absorbente y un vendaje para sostener el apósito. La cura queda aplicada veinticuatro horas, el tiempo necesario para disolver las sales calcáreas de la capa superficial del hueso. A la mañana siguiente se separa la cura, la úlcera se lava con la disolución bórica para limpiar todo exceso de ácido clorhídrico y después se espolvorea pepsina sobre lo que ha quedado del hueso. Vuelve á aplicarse un trozo doble de lint mojado en la disolución de ácido clorhídrico, pero al 0'2 por 100, porque lo que se desea ya no es su acción disolvente sobre las sales calcáreas, sino un medio ácido. Empleando estas curas en días alternos se disuelve poco á poco el hueso ; un día la substancia inorgánica es disuelta por el ácido clorhídrico en disolución concentradas, al otro la pepsina disuelve la materia orgánica. Cuando se llega á la línea divisoria entre el hueso vivo y el muerto, los elementos vivos entran

al parecer en actividad y expulsan la parte necrosada en forma de un secuestro pequeño formándose una superficie granulosa fina que protege contra el ácido el hueso vivo. Entonces se emplea una cura emoliente, por ejemplo, la pomada de ácido bórico con la que cicatriza la úlcera y se cubre de epitelio. Si queda alguna porción necrosada vuelve á emplearse la cura disolvente.

(*The Medical Chronicle*). — F. Toledo.

Trastorno funcional del cuerpo tiroides subsiguiente al reumatismo.—El doctor Marfan refiere que un muchacho de catorce años, que había pasado la escarlatina y el sarampión, y que no tenía antecedentes hereditarios, fué atacado de reumatismo articular agudo, que interesó las articulaciones de las extremidades y las de la nuca, dejando como única secuela, al parecer, cierta dificultad al andar. A los dos meses, el enfermo presentaba cierta apatía y languidez, y su cara estaba abotagada. Cuatro meses después aparecieron en los carrillos unas placas lisas blancas, muy bien limitadas y rodeadas de un cerco pigmentado de pardo; además, la región cervical presentaba un aumento de no pequeña consideración. Se trataba, por lo tanto, de un caso de mixedema combinado con bocio y con vitiligo, y desarrollado de resultas de un reumatismo articular agudo que había dejado como consecuencia una insuficiencia mitral.

El autor prescribió la iodotirina en pastillas, cada una de las cuales contenía 0'25 de substancia activa. El enfermo tomó durante los tres primeros días un cuarto de pastilla, en los tres días siguientes media pastilla, después tres cuartos, y últimamente hasta pastilla y media diaria. No se presentaron síntomas de intoxicación, y la temperatura nunca pasó de 37°,5. El resultado de esta medicación fué notable: el abotagamiento del rostro disminuyó considerablemente; el bocio se redujo en su mayor parte, y la apatía general se hizo mucho menor. Marfan espera que insistiendo con las precauciones convenientes en el empleo de la iodotirina, el enfermo acabará por curarse completamente.

(*Journal de Médecine interne*). — R. del Valle.

Tratamiento de la tos ferina.—En la tos ferina aconseja el Dr. H. Coggeshall cocainizar lo posible la mucosa nasal con una ducha y con sondas provistas de algodón en rama, que se moja en la misma disolución y después se aplica sobre la nariz y la naso-faringe una disolución de nitratro argéntico al 20 por 100, seguida de un lavatorio ligeramente antiséptico y alcalino por medio de la pulverización ó de la ducha post-nasal. Los buenos efectos de la belladona cree que son debidos en parte á su acción sobre la mucosa nasal. Este tratamiento sólo es practicable en niños de más de tres años.

(*Medical News*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DE LA AFONIA HISTÉRICA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo, Madrid.

La misma volubilidad de las manifestaciones histéricas, hace bien difícil la justipreciación de los diferentes medios propuestos para su tratamiento, siendo por tal motivo muy disculpable la opinión de los que sólo admiten una influencia sugestiva en los éxitos terapéuticos.

Entre las más curiosas manifestaciones de la histeria, es la afonía una de no escasa frecuencia, á la que son aplicables las consideraciones anteriores; de modo tal que, después del estudio de un buen número de observaciones personales, todavía nos preguntamos si en el tratamiento de tal modalidad clínica será el tanteo la única norma de conducta, si nuestros esfuerzos deben dirigirse por el camino de la sugestión ó si más bien, en medio del aparente desorden, puede metodizarse un procedimiento aplicable á la mayoría de los casos.

No necesitamos recordar el conjunto de conceptos clásicos esparcidos en los tratadistas, que al presentarnos la parálisis simétrica de determinados grupos musculares laríngeos como la causante de la afonía histérica, en verdad nada luminoso exponen que pueda servir de guía en el tratamiento. ¡Cual si la fonación fuera un acto tan simple como el que supone la motilidad de varios músculos intrínsecos de la laringe!

Así considerado el problema, debemos estudiar en todo caso concreto, no sólo la actividad cerebral en el punto de la corteza gris, supuesto centro de la fonación, así como los núcleos bulbares y los cordones transmisores hasta el aparato neuro-muscular terminal, sino también las condiciones de todas aquellas potencias que son

ayudante eficaz para la emisión del sonido. En tal concepto, la función respiratoria con todas las energías musculares que á ella contribuyen, la función que pudiéramos llamar de fijación laríngea, en virtud de la que este órgano adopta la situación más conveniente para la emisión del sonido deseado, la función de acomodación del aparato articulador y de resonancia, según la que son distintos los movimientos realizados conforme es diferente el sonido que debe ser emitido, son todas dignas de tenerse en cuenta, y, lo que consideramos de importancia capital en el asunto, deben ser todas examinadas en el sentido de su funcionamiento armónico, pues que sólo por una correlación de tan diferentes fuerzas es como se consigue la fonación.

No es que tengamos edificada una teoría sobre la materia, pues tal pretensión tan sólo después de numerosas observaciones y estudios pacientes sería justificada, pero sí es un punto de mira clínico que de años atrás había enunciado.

A propósito, me parece bueno recordar algunos de los conceptos por mí expresados en una publicación que hice en el *Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso* en 1894, á propósito de un caso de afonía histérica, que también hube de comunicar á la Academia Medico-Quirúrgica. Decía entonces, al exponer la ineficacia de la sugestión hipnótica: «En tal estado, se me ocurre provocar, durante el sueño hipnótico, la emisión de la vocal *e*, teniendo el espejo laríngeo en posición de examen, con la lengua moderadamente estirada y ordenando previamente una fuerte inspiración, con lo que la voz resulta clara y distinta, desapareciendo á mi vista la parálisis del inter-aritenoideo».....

.....«La gran dificultad en el tratamiento de la afonía histérica consiste en la oportunidad necesaria para provocar la emisión de un sonido simple, pues que, una vez conseguido esto, parece cuestión no difícil establecer una escala de sonidos cada vez más complicados hasta la pronunciación clara de todas las palabras».....

... .«No obstante la volubilidad de la afonía histérica, no considero desprovisto de fundamento todo aquello que tiende á metodizar lo referente á las diferentes manifestaciones del histerismo laríngeo, así como á su tratamiento. Por esto los métodos propuestos por Seifert (de Würtzbourg) y James Bach, me parecen dignos de ser imitados».....

.....«Es difícil determinar en cada caso particular la participación que en la producción de la afonía corresponde á la parálisis de determinados músculos intrínsecos de la laringe ó bien á la asinergia

que en su funcionalidad pueda existir, ó también, lo que podemos considerar como posible, á la que pudiera existir entre los músculos fonadores laríngeos y las demás potencias musculares que concurren á la realización de un acto tan complicado como la fonación».....

Esto, que decía el año 91, creo poderlo sostener hoy con fundamentos mayores, después que la mayor práctica ha enriquecido mi material clínico, y cuando veo que laringólogos de la reputación de Gustav Spiess (de Frankfort) vienen á coincidir en esencia con mi manera de ver la cuestión.

Afirma este autor, en un trabajo titulado *Behandlung der nervösen aphonie*, aparecido recientemente en los *Archiv. für Laryngologie und Rhinologie* de Fraenkel, tomo IX, cuaderno 3.°, que si observamos detenidamente al individuo con afonía nerviosa inveterada, pronto notaremos una porción de movimientos extraordinarios, ya de la cabeza, de la laringe, del diafragma, de los ojos y músculos faciales, que pueden ser obstáculos directos para la fonación. La respiración, dice Spiess, es casi siempre superficial, y si se ordena respirar profundamente, nótase la elevación de los hombros y la dilatación del tórax sin conseguir refuerzo del movimiento expiratorio.

No es de rara observación la circunstancia de que tales enfermos pronuncian á *la inspiración*, con voz susurrada, monosílabos tales como «ja», «nein», «so» (texto alemán).

Los movimientos de los músculos bucales, así como los de la lengua, no se realizan con la precisión y la dirección conveniente para la producción de sonidos; la base de la lengua se fija casi convulsivamente hacia adelante y abajo, lo que fácilmente se nota tactando la región hioidea, que en los esfuerzos de fonación forma manifiesta prominencia.

El cuello aparece con cierta rigidez y con cierta tensión la musculatura de la nuca, de tal modo, que cuesta trabajo imprimir movimientos pasivos á la cabeza.

El mentón aparece un poco rechazado y la mandíbula inferior como fijada por una tonicidad muscular exagerada.

¿Hay exactitud en lo dicho por Spiess? ¿existe siempre completo tal cuadro? Evidentemente; descartando la exageración del innovador y deshaciendo la uniformidad de tal pintura, queda un fondo de verdad, en el sentido de que los enfermos con afonía histérica deben ser examinados bajo el amplio concepto expuesto por Spiess, con el fin de descubrir algunas ó varias de las circunstancias por él ex-

puestas, sin tener la pretensión, ni de encontrarlas siempre ni de encontrarlas todas.

Es evidente que, colocados en este terreno de investigación, encontraremos diferencias notables entre la afonía que podemos llamar psíquica, por reconocer una modalidad patológica especial de la corteza cerebral, la afonía histérica, cuya causa ocasional ha sido una ligerísima inflamación catarral de la mucosa laríngea que ha venido á ser á modo de traumatismo provocador del fenómeno histérico, y la afonía histérica inveterada en la que al síndrome, parálisis de un grupo muscular intralaríngeo, encontramos asociados fenómenos diferentes, que son obstáculo para el fácil restablecimiento de la motilidad.

Todos en nuestra práctica hemos encontrado ejemplos bien probados de estas categorías apuntadas, y siempre en el tratamiento nos hemos entregado al tanteo, hasta haber tropezado con el medio que proporcionó el éxito, que unas veces fué la simple tracción de la la lengua, otras la aplicación del espejo laríngeo, muchas veces la sugestión hipnótica, alguna vez la sugestión en estado de vigilia, la mayor parte la electricidad, y también el masaje extralaríngeo y un simple toque intralaríngeo de solución de nitrato de plata.

Y en verdad, después de éxitos conseguidos por medios tan distintos, ¿no merecen disculpa los que opinan que tan sólo la sugestión es la dueña de la situación? Pero si analizamos las circunstancias que concurren en cada caso, para obtener la curación, bien pronto se nota la diferencia.

Durante el pasado verano, nos consultó una hermana de la caridad del Hospital de Ciudad-Real, la que durante siete años permanecía en constante afonía. Esta enferma, del tipo histérico más pronunciado, había sido tratada por nuestro amigo y sabio laringólogo Dr. Cisneros, con éxito completo, merced á la corriente eléctrica. Una recaída en su afonía, que una ausencia del Dr. Cisneros la condujo á mi consultorio, me proporcionó la oportunidad de apreciar cómo una simple aplicación de corriente eléctrica al exterior de la laringe devuelve la voz normal. En este caso, me parece evidente la influencia psíquica, pues ya la enferma viene convencida del éxito de la electricidad.

¿Puede compararse este caso con los que, como Gerhardt relata, basta la aplicación del espejo laríngeo para el restablecimiento de la voz?

Sin duda que no, pues que por el hecho mismo de la tracción de la

lengua, colocamos la musculatura en circunstancias diferentes y provocamos reflejos respiratorios y de otra índole, que no se verifican en el primer caso.

Bosquejado en estos dos ejemplos la diferenciación terapéutica que queremos sentar, y antes de exponer la práctica que consideramos preferible, voy á exponer dos breves historias que pondrán más de relieve la cuestión.

Por el mes de octubre, fué presentada en mi consultorio de la Policlínica de Madrid una niña de diez años, de Morata de Tajuña, hija de padres sanos y bien constituídos, estando ella misma exenta de circunstancias patológicas dignas de especial mención.

Dos meses anteriormente á mi examen, queda afónica sin causa manifiesta, habiéndose ensayado todo el repertorio ordinario de los estados catarrales laríngeos sin éxito alguno.

Del relato de los padres se desprende, que cuando la niña tose ó ríe, la voz es clara. Puesto ya por este dato en la vía del diagnóstico, notamos bien pronto la excesiva movilidad de la niña, la volubilidad de sus gestos y mirada y la frecuencia con que realiza rápidos movimientos de sorbición nasal, alternados con el característico *hem* que representa una parestesia faríngea. Una incompleta indagación de estigmas histéricos nos pone de manifiesto el clavo histérico del vértice craneal.

Después de una tormentosa escena, en la que impusimos nuestra voluntad á la enfermita y sus padres, pudimos practicar un examen laringoscópico completo, y gracias esto á la resolución de todas las energías de la caprichosa voluntad de la paciente.

La mucosa laríngea aparece completamente normal, las cuerdas vocales permanecen muy poco tiempo en estado de quietud, siendo animadas de sacudidas coreiformes, y en los ensayos de fonación no llegan á ponerse en contacto, dejando intermedio un espacio triangular alargado de base posterior.

Cuando aún no tenía completado el examen, es acometida la enfermita de un ataque de estornudos, que no cesó en media hora, fenómeno que se reprodujo en otra sesión, alternando con bostezos.

Un fenómeno, que grandemente llamó mi atención, es el de un rápido movimiento de descenso laríngeo al intentar la emisión de un sonido simple, cual si en el pecho se realizara un vacío que originara la tracción del tubo laringo-traqueal.

Todos los medios empleados para combatir esta afonía lo fueron sin éxito, incluyendo la electricidad, hasta que, metódicamente, pro-

cedí á regularizar los movimientos respiratorios, lo que, una vez conseguido, hice seguir de masaje suave de la laringe, pero con la circunstancia, digna de mención, que la emisión de la vocal *a* solamente se consiguió cuando sostuvimos fuertemente la laringe como para evitar *su caída*; tan pronto como omitíamos este último detalle, la voz resultaba afona.

Fueron ensayadas sucesivamente la emisión de todas las vocales; fuimos complicando la formación de sonidos con la emisión de sílabas, cada vez más difíciles, hasta conseguir la pronunciación distinta de todas las palabras; pero la voz resultaba nuevamente afona tan pronto como entregábamos á la enferma á sus propios recursos, no sosteniendo su laringe. El ejercicio repetido pudo más que la neurosis, y la niña partió curada á los pocos días.

¿Es un caso de sugestión? ¿Es una historia probada de la influencia de un método terapéutico racional basado en la fisiología? No he de contestarlo en este lugar; pero en el deseo de acumular datos para la comprobación de lo que escribíamos en el año 94, transcribiré otra observación, que debo á la recomendación del Dr. Mut.

Una mujer de cuarenta años, con historia de ataques histero-epilépticos, me consulta en el pasado abril sobre una afonía, que repentinamente había sobrevenido sin causa á qué atribuirla.

El examen incompleto de estigmas histéricos muestra el clavo histérico del vértice craneal y la anestesia faringo-laríngea. Nótase, marcadamente, lo superficial de la respiración. El examen laringoscópico muestra un espacio triangular posterior en los ensayos de fonación correspondiendo á la parálisis del músculo aritenóideo.

Ensayada la electricidad, resulta ineficaz, por lo que ponemos en práctica el método siguiente. Realiza la enferma una serie de movimientos respiratorios voluntarios y profundos, siguiendo un ritmo determinado, friccionamos suavemente la musculatura laríngea, mantenemos la lengua en tracción moderada, y en tal situación, ordenamos una inspiración profunda de modo tal, que al realizarse la expiración se intente la emisión de la vocal *a*, con la circunstancia de hacer la emisión suavemente, cual si quisiéramos ahorrar trabajo á la musculatura laríngea, cuyo organismo debe permanecer en cierta pasividad. El éxito fué completo. Tan pronto como la enferma no observa estas prescripciones, y sobre todo, cuando realiza esfuerzo laríngeos, la voz resulta afona nuevamente. No hay por qué detallar la historia sucesiva, pues es la copia exacta de la anterior.

¿Puede desprenderse alguna conclusión definitiva de las conside-

raciones y notas clínicas expuestas? Juzgo prematuro pronunciarse en un sentido decidido á falta de un material abundante de observación; pero si entendemos que la investigación debe ser encaminada por tal vía, estudiando en todo caso las asociaciones musculares que pueden concurrir á la fonación, los datos espirométricos necesarios para juzgar de la amplitud respiratoria, y, finalmente, el *modus faciendi* necesario en cada caso para armonizar las energías disociadas por la neurosis.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica quirúrgica y Director del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

I. CONTRIBUCIÓN Á LA HISTORIA MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LA ÚLTIMA CAMPAÑA DE CUBA, por el médico mayor D. Federico Baeza Gozalbes. Estadística de las operaciones practicadas y traumatismos asistidos en la Clínica de heridos y Cirugía general en el Hospital Militar de Alfonso XIII. Valencia, 1899.

II. HERIDAS POR PROYECTILES DE FUSIL DE PEQUEÑO CALIBRE, por el Dr. Emilio Pérez Noguera. Madrid, 1900.

I

Es una estadística que podemos llamar razonada, sobre todo lo que se refiere á la primera parte, ó sea á la estadística operatoria, puesto que no se limita el Dr. Baeza á exponer los cuadros estadísticos numéricos, sino que hace una sucinta historia de cada caso, lo cual aumenta en mucho el valor del trabajo del Dr. Baeza. Comprende las operaciones practicadas y traumatismos asistidos desde el 1.° de mayo de 1896 á 30 de octubre de 1898, siendo el total de operaciones hechas de 425, de las cuales 213 lo fueron por traumatismo de guerra, 85 por traumatismo casual y 97 por causa patológica. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: 34 necesitaron nueva operación, y en este punto sí que merece plácemes el Dr. Baeza al indicarlo, porque son raras las estadísticas en que se haga constar, y sin embargo, así ocurre, como he tenido yo ocasión de ver en muchos casos; curaron 368; salieron sin curar 5 y murieron 18.

La mortalidad pequeña en conjunto lo es más entrando en deta-

lles, pues 8 murieron de enfermedades independientes de la intervención, y de los 10 restantes 4 murieron de colapso, 2 de tétanos, 3 de septicemia y 1 de gangrena.

Con ser la más extensa la primera parte y revelar que el Dr. Baeza es un cirujano eminente, dada la diversidad de operaciones que en ella se encuentran, desde las amputaciones y desarticulaciones á las craneotomías, ligaduras arteriales, herniotomía, operaciones sobre los nervios, etc., etc., tal vez me guste más bajo algunos aspectos, y á pesar de ser muy concisa la segunda parte, que se refiere á la estadística de los casos de traumatismo ingresados en su Clínica en el período anteriormente dicho, y la razón de ello es fácil de comprender.

Comprende esta estadística 1230 enfermos; de ellos 991 han sido heridos por bala con 953 curados, 35 muertos y 3 que salieron sin curar; y como es natural, este número da motivo al Dr. Baeza á entrar en algunas consideraciones que yo no diré si me parecen buenas ó malas, limitándome á decir que hago memoria de ellas y de alguno de los casos más importantes en mis *Lecciones de Patología quirúrgica*, y si todo me parece bien, hago principalmente mención de los párrafos que dedica á las heridas de las articulaciones, del pecho, vientre y cráneo.

Y baste con esto, porque entiendo que desde el momento en que digo que en las lecciones que dedico en mi obra á las heridas por arma de fuego, cito como á una de las autoridades en este asunto al Dr. Baeza, queda demostrado que para mí vale mucho su trabajo estadístico, que honra al Dr. Baeza y al Cuerpo de Sanidad militar al cual pertenece.

II

El Dr. Pérez Noguera es ya un antiguo conocido de los lectores de la Revista, y hace ya dos años publicó, entre otros trabajos, un bonito estudio acerca de las heridas de machete, del cual también me ocupé en esta sección.

La Monografía de que ahora me voy á ocupar, es el resultado de lo que el Dr. Pérez Noguera ha visto en Cuba.

En un primer capítulo estudia las condiciones bélicas y humanitarias de los pequeños proyectiles de armas portátiles; sigue después el estudio de los efectos mecánicos; en el 3.°, se ocupa de las lesiones de las partes blandas; capítulo 4.°, lesiones de los huesos, vísceras y articulaciones; dedica el 5.° á los síntomas, curso, duración, acci-

dentes y complicaciones; en el 6.°, el diagnóstico y pronóstico; en el 7.°, el tratamiento, consagrando el 8.° á la estadística de las heridas por proyectiles de fusil de pequeño calibre que asistió en sus salas del Hospital Militar de Güines.

Aun cuando no sean muchos en número, no deja de contener casos de importancia, tales son, entre otros, las tres observaciones de heridas penetrantes de pecho con lesión pulmonar, los tres curados; las de vientre penetrantes 3 curados y 2 muertos, y algunas muy notables de los miembros; observaciones expuestas en un noveno capítulo y algunas de ellas tan interesantes, que debo repetir á propósito de ellas, lo que decía de algunas de las observaciones del Dr. Baeza, que consignadas están, como ejemplos típicos, en mis *Lecciones de Patología Quirúrgica.*

De las conclusiones que como final de su estudio hace el Dr. Pérez Noguera, vamos á transcribir algunas que entiendo son de la mayor importancia.

«4.ª Las heridas que ocasionan (se refiere á los proyectiles de fusil de pequeño calibre) en todos los tejidos blandos incluso en las vísceras, se caracterizan por la pequeñez de los orificios así como por la uniformidad, limpieza, forma cilindróidea, dirección rectilínea y reducido calibre de los conductos ó trayectos.

»5.ª En los huesos y articulaciones, produce casi siempre heridas perforantes con conductos cilíndricos muy regulares, de pequeño calibre y desprovistos de esquirlas y fisuras en toda su extensión.

»Algunas veces se observan, sin embargo, fracturas simples ó conminutas como las que determinan los proyectiles de mayor tamaño, y más excepcionalmente aún, contusiones y penetraciones con incrustaciones de la bala en el espesor de los huesos.

»6.ª El curso de estas heridas es, por regla general, rápido y benigno, siendo posible obtener la curación, sin necesidad de recurrir á operaciones quirúrgicas de gran importancia, aun cuando existan fracturas conminutas de las grandes articulaciones y heridas penetrantes de pecho ó vientre con lesión del pulmón ó de los intestinos».

Lean el trabajo del Dr. Noguera cuantos quieran conocer lo que caracteriza principalmente la acción de los pequeños proyectiles, seguros de que encontrarán en él provechosa enseñanza.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 21 *de Abril de* 1900.

Resección del nervio maxilar superior y del inferior, en un caso de neuralgia facial. — El Dr. San Martín: Trátase de un sujeto de veintinueve años, de complexión fuerte, asturiano de origen y labrador de oficio. Hace dos años padeció un dolor de muelas en el 2.° y 3.er molar inferiores, que le obligaron á su extracción, con la cual obtuvo alivio inmediato; pero poco después se reprodujeron los dolores irradiándose al maxiliar superior con tal intensidad, que le forzaron á pedir la extracción de uno de los molares superiores, á pesar de no encontrarse dañado en lo más mínimo. Con esto, el alivio fué pasajero y volvieron á presentarse los dolores, al principio vagos, y después con dos puntos dolorosos circunscritos, el uno en la encía del molar superior extraído, y el otro en el borde externo alveolar de los molares inferiores. Los seis últimos meses los ha pasado sin poderse dedicar á nada, sufriendo horribles dolores, que no le dejaban descansar, en dichos puntos dolorosos. Había ya empleado numerosos y variados tratamientos tópicos y calmantes internos, cuando se me presentó en mi Clínica con un aspecto que no delataba ningún padecimiento local ni general. Antes de intervenir quirúrgicamente se emplearon las inyecciones de morfina en cantidad suficiente para poder considerar agotado este recurso, sin resultado eficaz alguno. Al cabo de un mes de estar en la Clínica me consideré autorizado para intervenir quirúrgicamente. En esta intervención cabían algunas vacilaciones, porque los dos puntos dolorosos eran muy circunscritos y parecían accesibles á una operación quirúrgica tan sencilla como es la excisión del alvéolo. Sin embargo, una serie de consideraciones clínicas y anatómicas me decidieron á hacer la resección del nervio maxilar inferior y superior á la vez. No pensé en la resección del ganglio de Gaserio porque no procedo nunca á operaciones intra-craneanas sin agotar los procedimientos quirúrgicos extra-craneanos. Aprovechando los últimos progresos realizados acerca de estas intervenciones quirúrgicas, practiqué la operación del siguiente modo: Tallé el colgajo cutáneo, después el colgajo del puente zigomático y la tracción del músculo crotafites hacia adelante; desprendí el periostio, para lo cual acostumbro á cortar las inserciones altas de este músculo con lo cual se violenta á éste mucho menos y se gana en espacio. Llegué al nervio maxilar inferior, lo descubrí, y lo sujeté con un gancho, suspendiendo entonces la operación para proceder del propio modo al descubrimiento del nervio maxilar superior. Llevé el temporal hacia atrás y llegué á la hendidura esfenoidal, cosa que no deja de tener dificultad; raspando bien en el hueso logré empujar hacia

atrás las partes blandas de esa región, y llegué á descubrir la hendidura esfeno-maxilar. Pero lo difícil aquí es encontrar el nervio maxilar superior porque este nervio pasa del agujero redondo mayor al conducto suborbitario formando un puente á través de esa hendidura en un sitio en que resulta difícil de ser visto, porque no se avanza un milímetro en la disección de estos tejidos sin llenarse de sangre el campo operatório, y por esta razón hay que estar preparado para empapar esta sangre haciendo la operación por tiempos. Hasta ahora los operadores han desprendido los tejidos hasta lograr ver el nervio maxilar superior y cuando lo han visto, lo han cogido con unas pinzas ó gancho y lo han seccionado, y después han resecado la extensión que les ha sido posible. Aquí entra lo personal del caso que presento. En efecto, en este tiempo de la operación se puede muy bien adelantar el ataque al nervio maxilar superior sin ponerlo al alcance de la vista. Basta, después de levantar los tejidos blandos, apreciar al tacto el sitio del nervio, que se aprecia fácilmente porque es un cordón rígido, y con la guía del dedo no hay más que pasar un gancho para tener perfectamente seguro el nervio maxilar superior. Para seccionarlo y resecarlo se me ocurrió poner al descubierto las ramas periféricas del suborbitario con lo cual se obtienen varias ventajas como son la de cerciorarse de si lo que se tiene cogido con el gancho es el nervio, porque las tracciones se perciben perfectamente y porque no hay más que seccionar el nervio á su salida del conducto suborbitario y tirar del gancho para que salga este nervio en su totalidad, lo que á su vez permite arrancar todo el nervio maxilar superior, no ya á su salida por el agujero oval sino hasta comprendiendo en las tracciones alguna parte intracraneal del mismo. La tentativa en el cadáver salió bien, pero en el vivo fracasó porque se rompió el nervio, por tirar, tal vez demasiado del gancho; en su consecuencia en vez de sacar el nervio por la parte posterior lo extraje por completo por la parte externa. La ventaja de este aditamento ó modificación en las resecciones ordinarias del nervio trigémino, es muy estimable, porque la tenaz reproducción de estas neuralgias hace sospechar que el fracaso operatorio no estriba tanto en lo que se avanza hacia el centro como en lo que puede quitarse de extensión en la periferia, puesto que de este último modo se evita la posibilidad de nuevas anastomosis, y por lo tanto, la reproducción del dolor. En el caso á que me refiero me ha llamado la atención que en el agujero redondo hubiera un borde óseo puntiagudo, observación que se repitió al explorar con el dedo la entrada del maxilar superior con el conducto suborbitario, pues allí había otra espina. Desde luego pensé que esa podría ser la causa de la neuralgia sin que me atreva á afirmarlo. Es muy posible que si logro el perfeccionamiento necesario en esta resección del maxilar superior y del inferior, incluyendo el suborbitario en una, y el dentario inferior en la otra, conseguiré que sea innecesaria la extirpación del ganglio de Gaserio.

Posteriormente he leído una modificación de Poirier muy parecida á la que yo propongo con el ejemplo de este caso. Consiste en descubrir también el nervio suborbitario en la cara, atar un hilo al mismo y extraerlo por delante, una vez seccionado en la hendidura esfeno-maxilar; sin embargo, mi aditamento al extraer dicho nervio por detrás, tiene por objeto principal utilizarlo como asidero, para que por tracciones graduales alcance la in-

fluencia operatoria hasta la mayor profundidad posible, arrancando todos los ramos del nervio maxilar superior, ó dejando á los remanentes suficientemente estirados para esperar algún alivio. Además, la extensión de este detalle al nervio maxilar inferior mediante el dentario descubierto en el mentón, no se había intentado que yo sepa.

De la epidemia de fiebres tifoideas observada recientemente en esta corte. —El Dr. Pulido leyó una comunicación de D. José Madrid Moreno relativa al análisis de las aguas de Madrid con motivo de las fiebres tifoideas.

El Dr. Alonso Sañudo: El problema de la etiología en una epidemia de fiebres tifoideas es imposible resolverlo de una manera determinada y exclusiva. Cuando se describen epidemias en las que la etiología queda muy precisada, resulta evidente que todo depende de lo que allí se expone y que todo termina cuando acaba la contaminación, pero esto no invalida la etiología que todos reconocemos á la fiebre tifoidea y á las infecciones generales. El contagio de la fiebre tifoidea ha sufrido algunas vicisitudes á través de la historia hasta que se estudió el asunto etiológico relacionándolo con el agua, y desde entonces se dedujo la conclusión poco meditada de que únicamente debía pensarse en las aguas infectadas. Siempre, sin embargo, se ha pensado que los miasmas producen las fiebres tifoideas, como lo demuestran gran número de ejemplos. Aún hay otra etiología que es más orgánica, pero tan importante como las otras: me refiero al cansancio orgánico. Recuerdo un gran número de casos tanto en esta epidemia como en otras en que se presentó la fiebre tifoidea tras de un trabajo físico exagerado. En la epidemia que nos ocupa, el problema etiológico ha sido complejo, y aunque el agua haya sido la principal causa, no han dejado de intervenir otras condiciones distintas. Estoy poco convencido de los análisis de las aguas porque son muy difíciles, porque hay varios coli-bacilos, por haber aparecido el piociánico y porque se ha observado un nuevo enterococo en todas las disenterías, en las gastro-enteritis y hasta en la grippe. Por estos motivos y otros de no menor importancia, creo que el análisis bacteriológico no es de una fuerza y decisión tan grandes que se pueda decir que existiendo en el agua el bacilo de Eberht se trate de fiebres tifoideas y lo contrario no existiendo. El segundo problema de interés es el nombre de la enfermedad que he visto; por lo que se refiere á mi observación, puedo decir que lo que he observado han sido fiebres tifoideas de carácter típico aunque no se haya presentado un estupor completo ni la lengua seca y resquebrajada y con fuliginosidades, síntomas que no son ni exclusivos ni fundamentales de esta enfermedad. Los caracteres que he observado me parecen bastantes para diagnosticar la fiebre tifoidea; pero además, recordando lo que decía el día anterior, respecto á las infecciones intestinales (que pudieron existir aunque no en tanta cantidad como se ha afirmado), respecto á las infecciones coli-bacilar y estafilocóccica que no tienen ninguno de los caracteres de la fiebre tifoidea. La coli-bacilosis no merece hoy una descripción completa y bien hecha como fiebre del aparato digestivo. —Codina Castellví.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 30 de Marzo de 1900.

Diabetes de origen traumático. — El Dr. VALLE Y ALDABALDE: El 23 de febrero de este año ingresó en una de las salas que tengo á mi cargo en el Hospital Provincial una mujer de cincuenta y seis años de edad y natural de un pueblo de la provincia de Toledo. Se casó á los veintitrés años, habiendo tenido tres hijos; como antecedentes patológicos sólo refiere haber padecido el sarampión y la escarlatina, y respecto á antecedentes de familia no hay tampoco ninguno que se pueda relacionar con su padecimiento actual. Es de tipo enjuto y sus ocupaciones son las propias de una mujer del campo.

En marzo del año próximo pasado se cayó de una caballería, y de resultas de la caída quedó sin sentido un par de horas, sintiendo, cuando volvió en sí, un gran dolor en la región lumbar, que no sólo persistió los diez ú once días que tuvo que estar en cama, sino que continuó otros cinco ó seis días más, aunque con menor intensidad.

A los quince ó veinte días de la caída empezó á tener más sed que de costumbre y á sentir sequedad en la boca; al mismo tiempo se le despertó un gran apetito. Al mes próximamente del accidente comenzó á sentir picazón en sus partes genitales. Todos estos síntomas, unidos al aumento en la cantidad de orina expelida en las veinticuatro horas, indujeron al médico á examinar dicho líquido, resultando de tal examen que contenía glicosa.

Al ingresar la enferma en el hospital continuaban los síntomas que acabamos de referir, sin que la enferma acusara ninguna otra molestia subjetiva, ni la exploración física hubiese podido descubrir anomalía alguna en los distintos aparatos y sistemas del organismo, fuera de las ya referidas. El análisis de la orina comprobó que su densidad siempre era mayor que la normal y que contenía glicosa en una proporción que varió en los distintos análisis entre 12 y medio y 17 gramos por litro.

La duración del mal y su resistencia á los tratamientos empleados hasta ahora, no obstante tratarse de una enferma que cumple bien con las prescripciones, tanto farmacológicas como dietéticas, hace creer que se trata de un caso no de simple glicosuria, sino de verdadera diabetes sacarina. Lo notable del caso es su origen al parecer traumático, pues todo hace creer que antes de la caída no existía síntoma alguno de diabetes.

Los casos de diabetes sacarina de origen traumático son raros, tanto que en un estudio que ha hecho Teschemacher de dicha enfermedad, y que tiene por base 1231 casos, no cita uno solo de origen traumático. Pero aun entre los que se refieren como de tal origen no todos se pueden admitir sin reserva en tal concepto. Así, por ejemplo, W. Ebstein, en un trabajo que ha publicado en el tomo LIV del *Archivo alemán de medicina interna*, refiere 6 casos de observación personal en que atribuye el desarrollo de la diebetes á un traumatismo; pero en 4 de ellos se descubrió la enfermedad á los seis meses, seis años, nueve años y once años respectivamente; sólo en dos de los 116 casos de diabetes que el autor observó en diecisiete años se presentó la enfermedad al muy poco tiempo del accidente traumático. Cierto es que, rebuscan-

do en la literatura ha encontrado otros 50 casos más; pero, aun dando todos por bien probados, resulta una cifra muy exígua dada la frecuencia relativa de los traumatismos, por una parte, y del padecimiento en cuestión por otra.

Difícil es explicar la patogenia de la diabetes traumática, y, sobre todo, asegurar cuál sea en cada caso concreto. Así, en el actual, lo mismo se podría invocar una lesión nerviosa que una lesión hepática. Para la primera hipótesis tenemos como base el conocido experimento de Cl. Bernard, los datos anatomo-patológicos de lesiones bulbares en sujetos que habían padecido diabetes, y la circunstancia de que la enferma estuvo sin sentido dos horas y tuvo necesidad de hacer cama diez ó doce días, todo lo cual demuestra que sufrió una gran conmoción de todo el sistema nervioso. Además de esto, en la mitad de los casos de diabetes traumática que se han publicado, el traumatismo había interesado el cráneo. Mas, por otra parte, Trousseau, Frerichs y Zimmer refieren casos de diabetes desarrollada á consecuencia de un traumatismo que afectó á la región hepática, y bien pudiera suceder que en el caso actual dicha región hubiese sufrido en tal concepto, aunque la enferma, por el estado de insensibilidad en que quedó, no lo hubiera advertido.

El diagnóstico de los casos de diabetes traumática suele ser fácil. Así ha sucedido en el caso actual; pero conviene saber que precisamente en esta categoría de hechos son bastante frecuentes los casos de diabetes *decipiens*, ó sea glicosuria sin poliuria, sed ni polifagia, y que muchos se complican con neurosis traumáticas, no siendo siempre fácil resolver si estas afecciones son debidas al traumatismo ó si éste ha producido el desarrollo de una sola y, como consecuencia de ésta, el de la otra.

El pronóstico de la diabetes traumática es incierto, pues así como en muchos enfermos ha terminado por la curación, no faltan otros en que ha acarreado muy pronto la muerte del paciente. No pertenece desde luego á esta última categoría el caso actual, pero como los distintos tratamientos que en él se emplearon apenas consiguieron aliviar muy poco los síntomas y disminuir la proporción de glicosa, tampoco podemos concebir grandes esperanzas. Sólo sí diré que, guiado por las indicaciones que han hecho Winternitz y A. Strasser en estos últimos tiempos, y también por lo observado personalmente en algún caso de diabetes que recayó en un sujeto cardíaco, me atreví á someter á esta enferma á la dieta láctea, durante unas cuantas semanas, combinada con el uso de los alcalinos, sin que por ello aumentara la cantidad de glicosa en la orina, pero también, justo es decirlo, sin obtener una mejoría apreciable en la marcha de la afección.

PERIÓDICOS

Caso raro de intoxicación que acaso sea frecuente. — El Dr. D. Pascual Candela, da cuenta en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, de haber asistido en uno de los mejores colegios de señoritas de esta corte, á una niña que estaba enferma, al mismo tiempo que otras muchas de sus compañeras y varias de sus profesoras. Se inició en todas el proceso con escalofríos mayores ó menores, seguidos de grandes dolores en el epigastrio, que no toleraba presión alguna; náuseas, que acababan en vómitos cuando se ingería algo en el estómago; meteorismo, y diarrea serosa y abundante. En algunas de las más fuertemente atacadas, que fueron las niñas mayores y algunas religiosas, se presentó algún mareo.

Había pensado con razón el ilustrado médico del colegio desde el día anterior, que ocurrieron los primeros casos, que no podía explicarse lo sucedido sino admitiendo que se trataba de una intoxicación general cuya causa podría estar en el agua que se bebía, á pesar de ser ésta la del Lozoya filtrada, que se sustituyó en el acto por la de la Cibeles, sin que por esta discreta medida se mejorasen los enfermos existentes ni dejaran de presentarse nuevas y numerosas invasiones, que bien pronto alcanzaron á todas las niñas, menos una que fué la sola respetada por el azote.

En el supuesto de intoxicación, se procedió á investigar la causa productora de tan extraño conflicto, que si alguna gravedad presentaba era por el número de enfermos, pues no había, por lo demás, uno cuya vida pareciera seriamente comprometida.

Mientras se daba con la causa se aconsejó á la señora superiora que trajera de parte distinta de la que se abastecía el colegio de ordinario, todos cuantos artículos de *comer* y *beber* allí se consumían.

Con esta medida radical, la de *ligar en masa*, y someter á dieta láctea á los enfermos que más lo necesitaban por la intensidad de sus síntomas abdominales, dando á todos una poción calmante, proporcionada en sus dosis á la edad de los pacientes é intensidad de sus dolores, se fué capeando el temporal mientras dábamos con su causa productora, que era su principal preocupación y el objetivo de nuestras pesquisas.

Un hecho, al parecer insignificante, puso en camino de la verdad. Habían notado las religiosas aquellos días que en la planta baja del colegio se apreciaba un olor desagrabable, cuya causa era desconocida: tratando de averiguar su procedencia, encontró que lo producía un montón de patatas que existía allí desde hacía algunos días y fué comprado á un vendedor desconocido.

Enterados de este descubrimiento y juzgando que podría estar relacionado con este problema, se procedió sin demora á la inspección de las patatas, que ya á primera vista nos parecieron enfermas por su color obscuro, piel rugosa y mal olor, que recordaba el que exhala este tubérculo cuando se le coge antes de su completa madurez, ó cuando se le deposita amontonado en sitio húmedo y mal ventilado, ó cuando la planta ha sufrido una de las infinitas enfermedades que padece.

Muy pronto se supo, confrontando fechas y hechos, que coincidieron con el uso de las indicadas patatas los primeros casos de intoxicación : dadas á comer las mondaduras de aquéllas á unos conejos del colegio, se les vió enfermar rápidamente, con síntomas iguales á los observados en las niñas, como ocurrió también del mismo modo con las gallinas, en las que se hizo igual experimento ; averiguóse también que las personas que más patatas comieron fueron las más fuertemente atacadas ; y, por último, que la *sola niña* no atacada fué la única que no comió patatas porque no le gustaban.

El análisis químico de las patatas, llevado á cabo concienzudamente en el Laboratorio Municipal, que dignamente dirige el Dr. Chicote, puso de manifiesto que existía en ellas la *solanina*, en cantidad no *exagerada*, pero sí suficiente para explicar lo ocurrido. Dice así el informe: «Por los reactivos no se encuentra *cobre* ni metal tóxico alguno, pero sí *indicios* de *solanina*, que en mayor cantidad existen en los brotes que se observan en muchas de las patatas analizadas, debido probablemente á su estancia en lugar obscuro y húmedo; todo lo cual explica bien las intoxicaciones observadas».

Pocas veces se ofrecerá á la observación un cuadro más completo de intoxicación, cuya causa verdadera proclaman con rara unanimidad lo mismo el análisis biológico que el químico, enseñando uno y otro que la causa de aquéllas residía en las patatas, que contenían accidentalmente *solanina*, aunque en cantidad por fortuna pequeña ; lo cual explica el que no alcanzaran mayor intensidad los accidentes tóxicos, y que fueran éstos más intensos en las niñas mayores y profesoras que tomaron mayor cantidad de aquéllas y que sufrieron sus consecuencias durante mayor número de días que las pequeñas.

Para completar estas observaciones, dice que las niñas más atrasadas no tardaron menos de diez días en volver á la salud, habiendo sido los síntomas más persistentes el vómito y el dolor.

Las que tenían alguna afección abdominal crónica experimentaron agudizaciones de la misma, y fué más larga su convalecencia ; pero, en honor á la verdad, puede el Dr. Candela hoy consignar que todas las niñas han logrado, por último, su completo restablecimiento.

Después de lo sucedido y de la facilidad con que puede repetirse, no estará de más que se piense en que la sabrosa, y hasta ahora inofensiva patata, puede algunas veces ser tóxico no despreciable, siempre que se asistan á enfermos de *enterocolitis*, cuyos síntomas son los que producen la *solanina*.

Si tenemos en cuenta el uso extraordinario que se hace de la patata y lo frecuentes que son aquellos trastornos intestinales, se comprenderá que *el caso raro de intoxicación descrita acaso sea muy frecuente.*

Tratamiento de la hemoptisis. — El Dr. F. Carbonell Solés, publica en la *Revista Científica Profesional*, las siguientes consideraciones clínicas :

Los casos vulgares de hemoptisis son fáciles de tratar: el sólo reposo, las bebidas frías y acídulas y la ergotina, ponen fin á la hemorragia en breve plazo. Pero las hay que suelen recaer en individuos sumamente emocionables, lo menos tuberculosos posible á juzgar por los signos estetoscópicos, pero con repetidos amagos de agudización de los focos sospechados en los

vértices pulmonares, sin que á los pocos días resten otros fenómenos que los levísimos ya consolidados. El reposo, las limonadas, el hielo y la ergotina, resultan entonces ineficaces en absoluto; la hemorragia, sin que sea cuantiosa, se repite un día y otro día, con motivo del más levísimo incidente que contrarie al paciente, y aunque con oportunidad se haya echado mano de la ergotinina en inyecciones hipodérmicas, y de ácido esclerotínico en forma pílular, cuyos efectos siempre son más directos y más seguros que los obtenidos con la compleja ergotina, suele ocurrir que todavía no basten dichos medios más que á retardar las sucesivas hemoptisis, cada vez más y más alarmantes. Mecanismos vaso-motores parece que empujan la sangre hacia la región del parénquima pulmonar en donde aquella se extravasa, á pesar de las medicaciones comunes. Entonces están indicadas la revulsión y la medicación emética. La primera, en especial bajo forma de cauterizaciones múltiples y pequeñísimas, tiene un efecto propulsivo muy beneficioso para regularizar la acción de los vaso-motores. La segunda constituye un excelente recurso, si bien puede aún reservarse, para no exponerse á yerro, hasta que las fórmulas comunes hayan fracasado, y así tiene la indicación justificativo tanto *a priori* como *á posteriori*.

Por virtud de lo dicho se comprende muy bien que algunos autores hayan recomendado la medicación emética en la hemoptisis, y si no se ha extendido más su empleo, se debe sólo á que de primer momento parece contradictoria con el reposo que casi instintivamente adopta el paciente, y que con insistencia se recomienda. Y no obstante, dicha medicación es racional en extremo, porque logra, como ninguna más, la isquemia rápida y profunda del parénquima pulmonar, y luego deja al enfermo postrado, con el ritmo respiratorio y circulatorio poco propicio á las congestiones activas y agudas. Viene á ser un mecanismo parecido al que se provoca para suspender las metrorragias puerperales por atonía: el estímulo, la contracción del útero, hace cesar el escape de sangre.

Recuerda un tuberculoso, que lo era desde hacía mucho tiempo, y que se distinguía por su rebeldía á los consejos de prudencia que se le daban, el cual, después de una noche de trepidación durante un viaje y de frío intenso, empezó á echar esputos tintos de sangre, y como no se diese el sujeto por asustado, continuó su modo ordinario de vivir, comiendo bien y paseando mañana y tarde, hasta que á los cuatro ó cinco días de persistir la ligera hemoptisis, se encontró indispuesto por la noche y vomitó varias veces. Al siguiente día los esputos fueron sólo mucosos, sin rastro de sangre.

Ha tratado otro tuberculoso que, durante el período de frío más crudo, solía esputar sangre todos los años. Días seguidos, uno tras otro, mostraba la escupidera *roja*; mas aquellos en que por la noche anterior la tos había sido suficiente para provocarle náuseas y al último el vómito, tenía la escupidera *blanca*.

Así, pues, teniendo tales hechos en consideración, propuso las inyecciones de apomorfina en un caso de hemoptisis alarmante.

Era una enferma de veinticuatro años, con fenómenos morbosos en el vértice derecho desde hacía medio año, pero, al parecer, puesta ya en buen camino, después de la residencia en el campo y la cura por el aire continuo, aun nocturna. De temperamento nervioso, irascible. Poco después de una

serie de fuertes emociones, empezó á echar sangre en bastante cantidad, y en los días sucesivos se repitió la hemoptisis, siempre cuantiosa y siempre á hora fija, ó sea aquella en que era contrariada por la forzosa separación de su marido al irse éste á sus ocupaciones ineludibles. El hielo, la ergotina, el acetato de plomo, el aceite esencial de trementina y las inyecciones subcutáneas de ergotinina fracasaron, y en vista de esto, se apeló á la apomorfina por la vía subcutánea, cuyo efecto emético se manifestó prontamente.

En los primeros instantes de hemorragia pareció aumentar con los esfuerzos del vómito, mas luego cesó durante muchas más horas que las de los ordinarios intervalos habidos entre los ataques precedentes. Todavía reapareció después, aunque con menos violencia, en particular una vez que se le hubo aplicado un extenso vejigatorio, y si bien el resultado fué fatal, debióse al estado toxémico que luego prevaleció durante varios días.

Aunque borroso el efecto benéfico de la medicación emética en este caso, porque la concurrencia de epifenómenos importantes desvirtúan su fuerza demostrativa, tal vez empleando la apomorfina más prematuramente hubiérase atenuado el proceso regresivo del vértice derecho, que con tanta rapidez ocasionó la muerte.

La acción emética, por consiguiente, merece figurar y ser tenida muy en cuenta en el tratamiento de algunas hemoptisis. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 12 *de Junio de* 1900.

Repartición geográfica del bocio en Francia. — El Dr. Poncet leyó, en nombre del Dr. Mayet, un trabajo sobre este asunto, del que copiamos las conclusiones:

Las regiones donde el bocio se observa con cierta frecuencia, no han variado sensiblemente en el espacio de un siglo.

La superficie ocupada por la endemia ha disminuído, al parecer, de extensión, sobre todo desde hace cincuenta años.

Aunque en algunos departamentos la frecuencia del bocio ha aumentado, es indudable que ha disminuído en conjunto en Francia en límites que no es posible precisar.

Resultados de 42 operaciones de cura radical por hernia con ectopia testicular, de ellas 6 de ectopia doble. — El Dr. Lucas Championnière presentó á la Academia un enfermo operado por él hace más de doce años. Lo vió niño,

muy enfermizo, á la edad de once años, con dos hernias inguinales y los dos testítulos retenidos en el abdomen. En dos operaciones practicadas en 1888, el Dr. Championnière hizo la cura radical de cada hernia por su método, y después de disecarlos, sacó los testículos del abdomen y los bajó á las bolsas, fijándolos en ellas. A consecuencia de esta operación, los dolores desaparecieron, y el enfermo se desarrolló de un modo extraordinario. Las hernias han curado completamente. Uno de los testítulos se ha elevado hasta la ingle, y como es doloroso durante el trabajo, se piensa extirparle.

Esta observación es probablemente única. En todas las operaciones por criptorquidia, el Dr. Championnière sólo ha encontrado ectopia inguinal. A pesar de las condiciones operatorias defectuosas en apariencia, la curación de las hernias se ha mantenido perfectamente sin necesidad de aplicar vendaje alguno. Aunque los testículos no han quedado retenidos en el escroto, al menos se han obtenido resultados bastante satisfactorios en lo referente al estado general y al desarrollo genital.

El Dr. Championnière ha operado bastantes casos de ectopia testicular con hernia inguinal (42 operaciones), haciendo 25 fijaciones y 17 castraciones. Todos estos resultados fueron perfectos desde el punto de vista de la hernia, que va acompañando casi siempre á la ectopia.

Ha operado 5 casos de ectopia inguinal doble que se designan de ordinario con el nombre de criptorquidia. En 4 casos operó en ambos lados. En dos enfermos hizo descender ambos testículos. Uno se elevó á los ocho años, el otro á los cuatro. En los otros dos casos se conservó un testículo por estar atrofiado y ser imposible su descenso. Resultados excelentes respecto á la hernia y á la conservación de las funciones genitales.

En los 32 enfermos restantes hizo 15 castraciones y 17 fijaciones del testículo en las bolsas. Cree que las dificultades operatorias para la fijación son debidas á la existencia de redes fibrosas que retienen el testículo arriba. El éxito operatorio depende más de la disección de estas redes fibrosas y de su mayor ó menor resistencia que del modo de fijación en las bolsas, que es casi indiferente.

En tres enfermos jóvenes, la ectopia no se fijó y desapareció espontáneamente. La aplicación del vendaje es más perjudicial que útil. La cura de la hernia ha sido siempre completa. No se recurrirá á la castración si no es inevitable. La conservación de un testículo, aunque poco desarrollado, es de interés capital, tanto por los reflejos genitales como por la influencia que ejerce sobre el desarrollo y la salud general del individuo.

Ciencia y matrimonio. — El Dr. Pinard presentó un libro del Dr. Cazalis, titulado *Ciencia y matrimonio*. En este libro expone su autor todo lo que debe hacerse para «prevenir muchas desgracias y muchos crímenes, evitar á millares de criaturas sufrimientos largos y horrorosos, muertes horribles, algunas de las cuales son asesinatos, contener, en fin, la degeneración de la familia y de la especie».

Las conclusiones son las siguientes:

«Obligación para todos de someterse antes del matrimonio á un reconocimiento médico, como se hace para ingresar en el ejército ó para asegurar la vida. Después, obligación, moral cuando menos, de someterse á la decisión médica. Profilaxis, lucha continua contra las enfermedades, y principal-

mente contra las hereditarias, causa de la degeneración de la especie.

Protección de la mujer y de la especie contra los estigmas y los contagios graves, transmitidos consciente ó inconscientemente, castigos posibles contra los culpables de estas transmisiones.

Proposición al Parlamento de una ley en este sentido.

Pero ante todo, y sobre todo obstáculo opuesto á tantos accidentes, á tantas catástrofes por la revelación hecha á todos de responsabilidades que casi todos ignoran y que haría conocer por ejemplo, una nota redactada en este sentido por la Academia de Medicina, y que se entregaría al marido á la vez que el permiso del matrimonio».—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Junio de 1900.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal. — El Dr. Pousson : Como complemento de la comunicación que hice hace algunas semanas acerca de este asunto, presento hoy un riñón cuyo examen es interesante por su considerable volumen y por la forma de tuberculosis que en él se ha desarrollado. En realidad esta es, en la forma clásica, aquella en que se ven numerosas cavidades situadas en la substancia cortical y sin comunicación con la pelvis. Esta observación es la mejor prueba de que una incisión del riñón sería insuficiente en este caso, puesto que no abriría todas las cavidades. La nefrectomía es la única operación indicada y la que yo practiqué extirpando 12 cent. de ureter que estaba aumentado de volumen y obliterado por una masa neoplásica. Mi enferma ha vivido algunos meses después de la operación y sucumbió á una generalización pulmonar, lo cual no es muy frecuente en estas circunstancias, sobre todo, no existiendo ninguna lesión del pulmón cuando la operé.

El Dr. Bazy : Entre las indicaciones operatorias de la nefrectomía en la tuberculosis renal, debe llenarse una condición que consiste en conocer el estado del otro riñón. El Dr. Albarrán preconiza el cateterismo ureteral que considera siempre inofensivo y de gran utilidad, y lo cierto es que la citoscopia y el cateterismo ureteral son impracticables en el niño y algunas veces en el adulto. Tampoco está exento de peligros según se desprende de las observaciones del mismo Dr. Albarrán y de las publicadas en el extranjero. En las mismas observaciones del Dr. Albarrán encuentro la prueba de que se puede omitir el cateterismo ureteral para examinar una orina. De 25 nefrectomías que practicó, sólo 14 veces hizo dicho cateterismo, y sin embargo, operó 12 veces más con la convicción de que el otro riñón estaba sano. El cateterismo ureteral puede ser útil, pero conviene no exagerar su importancia, sobre todo cuando por medio del azul de metileno puede alcanzarse una buena orientación, lo cual es lo que acabo de hacer en tres casos de nefrectomía seguidas de curación.

De la asepsia operatoria. — El Dr. Poirier: No creo necesaria la precaución de disecar con guantes un cadáver inyectado. Un cadáver de anfiteatro

de disección no es comparable con un cadáver de anfiteatro de hospital. Cuando fuí nombrado Jefe de trabajos anatómicos, rogué al Dr. Charrin y á otros bacteriólogos que hicieran experimentos con objeto de investigar el poder infeccioso de los cadáveres inyectados, experimentos que han sido absolutamente negativos. Recientemente indiqué al Dr. Lepère que volviera á emprender estos experimentos, que también resultaron negativos, excepto cuando se han tocado partes del cadáver que presentaran manchas negruzcas ó flictenulares. Se puede, pues, concluir que todo cadáver infectado que haya quedado blanco, no es infeccioso ni lo son las manos que lo han tocado. Otra prueba la tenemos en las numerosas picaduras anatómicas que todos los días se hacen los estudiantes sin que suceda nada de particular. Yo mismo me he pinchado varias veces y nunca he tenido el menor accidente. Muchas veces he tenido que suturar en el interior del anfiteatro heridas producidas accidentalmente y se ha obtenido la reunión por primera intención. A menudo he sido llamado á practicar operaciones de urgencia al salir del anfiteatro y, sin embargo, las consecuencias de la operación han sido siempre excelentes. Estas consideraciones me llevan á concluir que los trabajos prácticos de anfiteatro no pueden ser peligrosos, y aun añadiré que la disección es una buena práctica para estar bien preparado á las intervenciones que se hacen sobre el vivo, por la razón de que las manos han sido maceradas en soluciones de ácido fénico y de cloruro de zinc y han sido despojadas de sus naturales impurezas. La mano del cirujano anatómico es una mano limpia.

El Dr. Picqué: A título de documento, citaré estas palabras que me decía uno de estos últimos días un cirujano extranjero: «mi cuñado es profesor de anatomía y cirujano de hospital. De siete á nueve diseca, y de nueve á once opera..... y sus enfermos curan». Sea de ello lo que fuere, acepto en gran parte las conclusiones del Dr. Quenu, y cuando he tocado pus, me abstengo durante algunos días de hacer laparotomías.

Pielonefrosis á coli-bacilos.—El Dr. Pousson: Este riñón que presento, de apariencia tuberculosa, ha tenido una evolución patológica cuyo interés principal ha consistido en los fenómenos clínicos que le han acompañado; pertenenece á un hombre de cincuenta y seis años, que tuvo la primera hematuria después de un coito; quince días más tarde la hematuria se repitió. La citoscopia me permitió ver una pequeña masa negruzca en la embocadura de los uréteres y pensé que se trataría de una neoplasia vesical, de la cual decidí la ablación. Abierta la vejiga ví que la supuesta neoplasia no era más que un coágulo fibrinoso adherente á la pared; cuando le hube separado, ví salir del ureter un magma purulento y procedí inmediatamente á la nefrectomía. En apariencia, este riñón parece transformado en tubérculos miliares y nodulares y en masas caseosas, lo cual no es más que una apariencia, puesto que por el examen histológico se ha observado que no había ningún tubérculo y que se trataba de una infección coli-bacilar. Ordinariamente, en las infecciones agudas del riñón, los dos riñones están enfermos; la lesión unilateral es la excepción. En cuanto al origen de esta infeción, no ha podido ser determinado en mi enfermo.

El Dr. Monod: He visto una enferma á la que extirpé un riñón, cuya lesión no supe darle nombre, y se parece á la que el Dr. Pousson acaba de des-

cribir. Se trataba de una joven de quince años que tuvo accidentes infecciosos graves que coincidieron con una tumefacción del riñón derecho. La laparotomía me condujo sobre un riñón enorme, que extirpé; la enferma curó y el riñón estaba lleno de numerosos nódulos amarillos, cuya naturaleza no fué revelada por el microscopio.

El Dr. Routier: En una enferma de nefritis purulenta encontré el riñón transformado en un foco purulento; no hice más que la nefrotomía con desagüe y la enferma curó.

El Dr. Potherat: Una mujer de cuarenta y tres años contrajo una blenorragia seguida de cistitis. Cuando parecía curada dicha cistitis, se presentaron dolores vivos acompañados de fiebre en la región lumbar derecha con aumento del volumen del riñón. Durante varios meses tuvo muchas crisis dolorosas con emisión intermitente de pus en la orina. Después de haberme asegurado clínicamente de que el otro riñón estaba sano, hice una incisión del riñón enfermo, de donde salió un chorro de pus; el desagüe determinó la curación y el examen del pus no se hizo.

El Dr. Pousson: En el trabajo que he presentado cito un cierto número de nefrotomías por supuración análogas á las que acaban de mencionar mis colegas, pero las infecciones coli-bacilares me parecen más raras.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 13 *de Junio de* 1900.

Del escaso valor de las clasificaciones y de las teorías patogénicas para el tratamiento de las dispepsias.—El Dr. Le Gendre: Por mi parte, todavía no he podido obtener en mi práctica un partido útil de los análisis. Cuantos más dispépticos trato, más me admiro de la poca influencia que las teorías patogénicas ejercen en realidad en la institución de un tratamiento útil, el cual representa el punto de vista más interesante. Tiene razón el Dr. Robin al decir que no poseemos ninguna clasificacion que se adapte á todos los casos; la suya misma, á pesar de la abundancia de las subdivisiones, no creo que merece considerarse como la única que pueda servir de guía terapéutica. Por lo demás, observo que el fin de la clasificación, á primera vista simple, del Dr. Robin, es una poli-farmacia extrema. Esta tendencia á multiplicar el uso de los medicamentos de acción irritante local posible y de efectos generales complejos, no me parece que debe ser aprobada. Por otra parte, no creo que sea necesario adoptar una clasificación de las dispepsias para formular indicaciones terapéuticas, las cuales yo deduzco del examen atento de los signos y síntomas de cada caso particular. Dos fenómenos me parece que deben colocarse en primer término: el éxtasis gástrico y la hiperestesia de la mucosa. Asociado á las investigaciones del Dr. Bouchard acerca de la dilatación del estómago, he contribuído á vulgarizar esta noción, que me parece actualmente tan exacta como hace quince años. Cuando leo que nosotros hemos elevado á estado de dogma el régimen seco y la antisep-

sia del estómago, no puedo menos que protestar. La frase de régimen seco nunca ha figurado en publicación alguna del Dr. Bouchard ni en las mías; nosotros hemos indicado solamente la oportunidad de limitar en ciertos casos el abuso de las bebidas y hemos aconsejado utilizar pasajeramente, en diversas circunstancias en que las fermentaciones predominan, ciertos antisépticos. No es culpa nuestra, pues, si muchos médicos han creído que todo dispéptico era un dilatado condenado á morir de sed y á comer naftol á todas horas: esto es la leyenda y no la historia. El éxtasis gástrico habitual coexiste con un cortejo de manifestaciones morbosas múltiples; la mayor parte del tiempo el éxtasis es anterior á los accidentes extra-estomacales y éstos desaparecen cuando aquél se suprime. Las razones que militan en favor de la auto-intoxicación del organismo cuando hay éxtasis gástrico y fermentaciones intestinales pútridas, no pueden ser refutadas por las críticas formuladas por el Dr. Robin, puesto que, particularmente, sus investigaciones experimentales no tienen ningún valor desde este punto de vista. En cuanto á la causa del éxtasis, varía según los casos (alimentación defectuosa, insuficiencia contráctil, estenosis pilórica ó subpilórica, etc); por lo tanto, deben emplearse los medios más diversos para luchar contra estas causas. Por lo que atañe á la hiperestesia de la mucosa, excitadora de los reflejos, puede decirse que juega un papel considerable y puede por sí sola provocar crisis de hiperclorhídria, como puede depender de una desviación primitiva de la secreción ó de la excitación debida al contacto prolongado de los ácidos orgánicos; aquí debe intervenir el análisis del jugo gástrico para ayudar á resolver el problema. De todos modos, la hiperestesia es un fenómeno que debe atacarse resueltamente por múltiples medios.—Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 22 de Mayo de 1900.

Los heridos de la guerra anglo-boer.—El Dr. Clinton Dent, dijo que en un clima como el del Africa del Sur, las tiendas-hospitales son preferibles á los hospitales de madera ó de hierro galvanizado, porque permiten el tratamiento de los heridos al aire libre. Los torbellinos de arena y de polvo hacen algo penosa la vida en una tienda. Al principio la ventilación parece excesiva, pero evitando los enfriamientos se obtienen así resultados excelentes. Las iglesias y las escuelas son locales poco convenientes para establecer en ellos un hospital. Si se utiliza con este objeto una iglesia, todos los heridos ocupan una misma sala. Además, la iluminación es insuficiente y la ventilación defectuosa.

Las condiciones de esta campaña han sido excepcionales respecto á la antisepsia. El clima ha hecho más que el ácido fénico.

El problema referente á la extracción de las balas ha cambiado á consecuencia del empleo de proyectiles lisos estériles y de los rayos Rœntgen. Las balas incrustadas han chocado por lo general contra un hueso y se han deformado, pero por fortuna tienden á seguir el trayecto recto. Si el proyectil

choca contra un hueso, pierde casi en absoluto el movimiento giratorio, y por consiguiente su fuerza aumenta, y aumenta, por lo tanto, su tendencia á incrustarse. Las balas retenidas deben extraerse cuando están cerca de la piel, si comprimen los nervios, si están deformadas, si dificultan la unión conveniente del hueso que han deformado ó si la herida supura. En general, los proyectiles de las granadas explosivas deben extraerse. Las heridas perforantes de los huesos se observan, no sólo en el cráneo, sino también en el íleon, la rótula, la extremidad inferior del femur, el esternón y el tarso. Los huesos largos rara vez son perforados de una manera perfecta. Se producen de ordinario efectos expansivos, y son frecuentes las fisuras radiadas. Se desprenden á menudo grandes fragmentos que ejecutan un movimiento de rotación. El acortamiento del miembro á consecuencia de estas heridas, es menor de lo que podía suponerse. La rotación del fragmento dificulta la reducción de la fractura. Pero el periostio conserva su vitalidad y se forma un callo voluminoso que puede encerrar en su interior los nervios. La consolidación de las fracturas es lenta, pero aun en los casos en que, á consecuencia de un transporte largo supura la herida, se obtiene la curación antes de lo que podría esperarse.

Las heridas de los nervios son, al parecer, muy frecuentes en esta guerra, á causa quizá de los destrozos óseos. Aunque una bala pequeña pase con gran velocidad cerca de un nervio sin tocarle, el nervio puede resentirse. La división completa de un trozo nervioso es rara. Cuando los nervios son comprendidos en el tejido cicatricial, el dolor es excesivo. El elemento neurósico no es suficiente siempre para explicarle.

En la mayor parte de las heridas de la cabeza, la trepanación está indicada con urgencia. La proporción de esta clase de heridas es grande en la guerra actual. Las de la región frontal son, en igualdad de extensión, las menos graves.

El Dr. W. Mac Cormac manifestó que hasta que no se hagan estadísticas completas, es imposible sacar conclusiones exactas.

En la guerra actual, las heridas por proyectiles Lee-Metford y Maüser son extraordinariamente benignas. Este resultado se debe principalmente al pequeño volumen de la bala, pero además influyen su gran velocidad y su carácter aséptico; la herida es más bien incisa que contusa. Las balas antiguas arrastraban tras de sí trozos de vestidos, cosa que no acontece con las de Lee-Metford y Maüser. Estas balas quedan incrustadas más veces de lo que era de suponer, pero no se observan los efectos explosivos terribles que se indicaban.

Las heridas abdominales perforantes son inocentes de un modo increíble, pero las operaciones eficaces son raras; se han visto curar 50 casos sin intervención operatoria y muy pocos después de la operación. La inmunidad se debe probablemente al poco volumen de la bala, al estado de vacuidad del conducto gastro-intestinal, á la oclusión rápida del intestino por adherencias y á la aplicación precoz de la primera cura antiséptica.

En las heridas del pecho es preciso también no operar. Han curado muchísimos de estos heridos. No hay la hemorragia abundante que era de esperar. Se han citado casos de curación en los que, al parecer, fué herido el corazón y hasta la base de los grandes vasos.

Las fracturas, en particular la del femur, rara vez exigen la amputación; las principales complicaciones que la hacen necesaria son la gangrena, la infección séptica ó los resultados de un transporte largo. Las heridas articulares curan bastante bien con el tratamiento antiséptico ordinario, y en muchas de ellas queda movilidad de la articulación. Nuestros cirujanos no han necesitado practicar en esta guerra resecciones formales. Se han obtenido buenos resultados después de la perforación de la rodilla, siempre que se empleara la oclusión primitiva, y lo mismo ha acontecido en la guerra de Cuba. Esto indica, al parecer, que los buenos resultados no dependen del clima, porque las condiciones de Cuba eran detestables.

El número de balas retenidas es considerable. La proporción de 10 ó 15 por 100, que se observó en la guerra de Cuba, ha sido superada en la guerra anglo-boer. Si la bala retenida produce gran irritación ó dolor, debe extraerse cuando puede hacerse sin gran peligro. Si no ocasiona grandes molestias, puede abandonarse á la naturaleza.

En la guerra actual el 27 por 100 de los heridos lo han sido por bala de cañón y el 73 por 100 por bala de fusil. Jamás se ha observado una proporción tan elevada de curaciones, aunque hayan sido lesionados tejidos importantes. La mortalidad de 5'34 por 100 es exígua. En el Hospital de Netley, de 92 heridos de la articulación de la rodilla, 26 quedaron útiles; de 154 heridos del pecho, quedaron útiles 73, y de 73 heridos del abdomen, 26 quedaron útiles. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del dia 6 de Junio de 1900.

Gestación extra-uterina.—El Dr. Alba Doran refirió el caso siguiente: La enferma, de treinta y cuatro años, quedó embarazada por quinta vez después de un intervalo de cuatro años, en febrero de 1899. De julio á fines de octubre tuvo algunos dolores y diarrea; se presentaron los dolores del parto y hemorragia, que fueron seguidos de síntomas sépticos. A través de las paredes del abdomen se palpaban los contornos de un feto. El 12 de diciembre se practicó la laparotomía para extraerle. Se había desarrollado en la parte posterior del ligamento ancho derecho. Exhalaba un olor fétido. El saco se rellenó con gasa durante unos cuantos días, y después se hizo el desagüe; la placenta se extrajo en fragmentos. Se formó una fístula fecal. A las seis semanas, cuando esta mujer se encontraba bien, se presentaron los síntomas de la obstrucción crónica y murió. A la autopsia se vió que la obstrucción intestinal era debida á la retracción del saco. Como en esta forma de gestación ectópica no hay saco verdadero en la parte inferior, es imposible extirparlo. Cree, igual que Taylor, que es preferible rellenar y desaguar el saco; pero no hay método alguno capaz de evitar el peligro que entraña su retracción.

El Dr. Butler-Smythe dijo que en este caso bastaba la fetidez del contenido del saco para contraindicar toda tentativa de enucleación. Cree que la

vida de la enferma se prolongó gracias al tratamiento empleado por el doctor Doran (lavatorios repetidos del saco con una disolución concentrada de iodo antes de cerrar la herida). Aconsejo este método en todos los casos parecidos.

El Dr. C. J. Cullingworth manifestó que aunque el tratamiento ideal en la gestación extra-uterina es la extirpación del saco, hay, no obstante, casos en los que este procedimiento es impracticable. Si queda el saco, el desagüe es indispensable; pero no cree que sea conveniente rellenar la cavidad con gasa, en particular en el caso de gestación necrósica. Esta práctica es, sin embargo, útil para contener la pérdida de sangre ó para prevenir la hemorragia secundaria. Cree que las irrigaciones antisépticas en casos como el referido pueden corregir temporalmente el mal olor, pero no desinfectar las paredes del saco. Además, la irrigación es peligrosa, y puede transportar la substancia pútrida á los tejidos inmediatos. La irrigación, como práctica rutinaria en cirugía ginecológica, debe usarse con menos frecuencia de lo que se hace. No cree exacta siempre la idea de Freund, á saber: que la diarrea indica la inserción de la placenta en el intestino, sino que es debida en parte á la irritación por compresión, y además uno de los síntomas de la infección séptica. La vida de la enferma del Dr. Alba Doran no podía salvarse por ningún método de tratamiento.

El Dr. J. D. Malcolm indicó que había visto á la enferma del Dr. Doran antes y después de la operación, y que no pudo hacerse más de lo que se hizo por la gran debilidad de la paciente. La formación de la fístula fecal, á los pocos días de la operación, prueba que hubiera sido imposible extirpar el saco. Está de acuerdo con el Dr. Cullingworth en que el lavatorio del abdomen se hace con demasiada frecuencia; pero en el caso de que se trata, con una cavidad pútrida y tejido placentario esfacelado y adherido á sus paredes, era de necesidad absoluta. Cree que la enferma murió, más que por la obstrucción intestinal, por aniquilamiento.

El Dr. R. Boxall dijo que había observado dos veces una fístula fecal en la misma enferma, cuya salud se había resentido á causa de un tumor dermoide supurado. Es un fenómeno curioso que esta fístula cure en ciertos casos, aunque el estado de la enferma sea grave. Cree que una bolsa de goma de la forma del globo fetal puede sustituir con ventaja al taponamiento de la cavidad con gasa. Agregando á esta bolsa un tubo y un embudo, y llenándola con un líquido cualquiera, es fácil ejercer sobre las paredes del saco la presión que se desee. Como puede vaciarse y llenarse con la mayor facilidad, se evitan las desventajas del nuevo taponamiento.

El Dr. Alba Doran indicó que lo que Taít designa con el nombre de «gestación abdominal» es el tercer período de la gestación extra-uterina, según ha demostrado Taylor con toda claridad; un saco tubario se rompe entre las capas del ligamento ancho, y después de este segundo embarazo intra-ligamentoso se rompe en la cavidad del peritoneo. El caso que ha referido pertenece á la variedad «postero-tubo ligamentosa» de Taylor. La diarrea se presentó en esta enferma antes de morir el feto, y la placenta se hallaba adherida al recto; estos hechos están de acuerdo con la teoría de Freund. La tintura de iodo pura, según ha observado el Dr. Butler-Smythe es un tópico excelente para la pared quística fétida é imposible de extirpar. Creyó con-

veniente lavar á menudo el saco, á causa de los restos de placenta y de substancia fecal que contenía. Las lociones antisépticas estimulan y favorecen la formación de granulaciones; pero en los casos graves puede sobrevenir el esfacelo y la ulceración, como ha indicado el Dr. Cullingworth. Cree digno de ensayo la bolsa de goma que aconseja el Dr. Boxall para prevenir la retracción demasiado rápida del saco.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del dia 9 de Marzo de 1900.

Anatomía y fisiología comparadas de los órganos genitales femeninos.—El Dr. G. Klein dice que en el último Congreso de los ginecólogos alemanes quedó demostrado que un gran número de vicios de desarrollo de los órganos genitales de la hembra humana corresponden á estados evolutivos que en los mamíferos inferiores constituyen el estado normal: *deformidades atavistas.* Así, por ejemplo, el desarrollo solamente de un conducto mulleriano, con atrofia del otro, es normal en la gallina y anómalo en la mujer. Los marsupiales tienen doble vagina, doble útero, dobles trompas; en la mujer, la duplicidad de la vagina y de la matriz se ha de considerar como efecto de una suspensión del desarrollo.

En esto se trata de condiciones puramente anatómicas. Mas con el estudio comparado de la anatomía va íntimamente enlazado el de la fisiología, teniendo interés para los ginecólogos los siguientes pormenores:

1.° *Organos mamarios.*—Los monotremas (ornitorinco, echidna) *ponen huevos*, que probablemente incuban, formándose depresiones en la pared abdominal del animal incubante. «Una ligera divergencia de las fibras longitudinales del músculo voluntario hizo posible al animal sujetar el huevo y protegerlo eventualmente contra peligros ó acaso transportarlo» (Klaatsch). La bolsa que se forma de esta manera, *bolsa mamaria*, presenta en su fondo orificios glandulares, llamando Gegenbaur esta región *campo glanduloso.* Al salir del huevo el hijo, halla aquí en seguida su alimento: función nutritiva de los órganos mamarios. En conexión con la musculatura abdominal, se forma alrededor de la bolsa mamaria (echidna tiene dos) un receptáculo cutáneo común: el *marsupio.* Bolsa mamaria y marsupial sirven á los pequeñuelos de dormitorio y refugio: función *protectriz* de los órganos mamarios. Ambas funciones se ven manifiestas, sobre todo, en los marsupiales (canguro, oposum, etc.); el canguro no pone huevos, sino que pare embriones, que al nacer no tienen más de 2 centímetros de largo, como un embrión de oveja de cuatro semanas; por esto necesitan especialmente de órganos protectores. Las glándulas mamarias deben hallarse en la esfera del marsupio para estar al alcance de los embriones. En los mamíferos superiores, cuyos hijos nacen más desarrollados, ya no hace falta el marsupio; se atrofia por falta de uso, y á consecuencia de esto las glándulas mamarias pueden alterar su disposición ventral y hacerse pectorales y hasta axilares (murciélago).

Este avance hacia el extremo cefálico del animal va acompañado de la formación de un tejido, que Schultze denomina *listones lácteos*.

El primer rudimento de los órganos mamarios se presenta en forma de dos listones de epitelio, que se extienden sobre el pecho y el vientre del animal, pudiendo, por deslizamiento de la piel, ir á parar hasta el muslo (observado en la hembra humana).

Por estrangulaciones de estos listones, resultan series de órganos mamarios, que persisten como estado normal en la cerda y la perra. En la mujer suele persistir solamente uno de estos órganos por cada lado; pero á menudo se observan como fenómenos de atavismo mayor número de pezones (politelia) y de pechos (polimastia).

La *formación de tetas*, según demostró Gegenbaur, se verifica de diversa manera. En la equidna, por ejemplo, el campo glanduloso es unas veces plano, es decir, sin formación de tetas, mientras que otras veces se encuentran tetillas diminutas producidas probablemente por la succión del hijuelo en el campo glanduloso (Klaatsch).

En la vaca no es este campo mismo el que se estira para formar la teta, sino que un repliegue cutáneo de la bolsa mamaria se prolonga en forma de tubo, en cuyo fondo se halla el campo glanduloso. No sucede lo propio en la mujer; en ésta una parte del campo glanduloso se estira para formar el pezón; la bolsa mamaria se invierte hacia afuera y se convierte en areola. El rudimento de la bolsa mamaria puede observarse aún en el embrión humano como depresión del epitelio superficial. También en una mujer adulta pudo observar Klein una bolsa de la areola, en la cual se hallaba oculto un pezón bien desarrollado. Se puede decir, pues, que, primitivamente, la mujer llevaba sus hijos en sus areolas.

2.° *Glándulas sexuales accesorias de la mujer.* — De tales califícanse las glándulas de Bartholin, las glándulas mucíparas, acinosas simples, y las glándulas prostáticas. Estas últimas se consideraban antes equivocadamente como extremos distales de los conductos de Wolff, llamándolas otros conductos para-uretrales, glándulas de Skene, etc. Groschuff y Klein demostraron la exactitud de la antigua opinión de Regnier de Graaf, Lewkart, Virchow y Aschoff, según los cuales, estas glándulas son homólogas de las glándulas prostáticas masculinas. Todas estas glándulas tienen evidentemente por objeto facilitar con su secreción la penetración del pene en la vagina, lubrificando la vulva. Mas la fisiología comparada induce á admitir aún otra función, ante todo, de las glándulas prostáticas de la mujer. Sisselhorst demostró que en muchos mamíferos la secreción prostática del macho, análogamente á la secreción de las glándulas anales, prepuciales, occipitales, etc., contiene substancias olorosas que sirven para atraer á la hembra en la época de los celos, y para encontrarse los sexos que suelen vivir separados.

En la especie humana el olfato está poco desarrollado, y las substancias olorosas de la secreción de la próstata y demás glándulas sexuales accesorias, ya no producen dicho efecto, ó sólo de una manera modificada. Cabe pensar que el fenómeno que en las obras de psicología se califica de cunni, linguus, encuentra su explicación en la fisiología comparada. Con esto se relacionan también muchas otras observaciones, como la de Gustavo Jäger,

de que las jóvenes, en el trato social (no sexual) con los varones jóvenes, desarrollan ciertas substancias aromáticas que los animales de olfato más perfecto perciben más fácilmente: de ahí el arrimarse los perros á las mujeres.—(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. SENTIÑÓN.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del dia 16 *de Mayo de* 1900.

Estudios sobre la leche de mujer.—El Dr. MICHAEL COHN: Si se examinan con mucho aumento y con un diafragma las gotitas de leche de mujer, teñidas previamente del modo adecuado, se ve que las gotitas de grasa van acompañadas casi siempre de los llamados «casquetes esféricos», que provienen del epitelio secretor y que están destinados á formar parte del líquido segregado. Los hay provistos de una orla semilunar; los hay mayores y menores; unos envuelven toda la circunferencia de la gotita de grasa; otros sólo una parte; los hay abultados, en forma de cinta, doblados, etc. A pesar de esta multiplicidad de formas, su formación obedece á un tipo único. Ya Dogiel dijo en 1884 que eran muy abundantes después del parto, pero que después iban siendo cada vez más escasos, aunque existen siempre. Si aumenta su número, suelen presentarse trastornos gastro-intestinales en el niño. Según mis investigaciones, los «casquetes esféricos» son constantes en la leche de mujer, sea cualquiera la época de la lactancia y las veces que haya amamantado la mujer. A veces sólo se ve un casquete en el campo del microscopio; en otros casos se encuentran hasta 15, 20 ó 30. Cuando abundan mucho, forman un sedimento finamente pulverulento y visible á simple vista. Algunas glándulas mamarias forman siempre muchos casquetes, otras pocos. A veces se observa esta diferencia en una misma mujer. Las formas atípicas sólo se suelen encontrar cuando abundan mucho tales elementos. Algunas mujeres producen mucha leche con pocos casquetes, y otras al contrario.

Sabido es que el aparato digestivo del niño de pecho tolera mal un alimento muy rico en albuminoideos. Sin embargo, la mayoría de los niños digiere bien ó sólo presenta trastornos digestivos fugaces, sin que la leche haya presentado ningún cambio microscópico. No me ha sido posible encontrar relación entre los «casquetes» y determinadas formas de dispepsia crónica. Si se hallan dichos elementos, no por eso hay motivo para calificar mal á la nodriza repectiva.

En el calostro se encuentran cuerpos esféricos de dimensiones bastante grandes, de color parduzco y que generalmente están rellenos de granulaciones grasientas. Existen, además, vesiculitas que deben ser la fase precursora del calostro propiamente dicho. Los corpúsculos del calostro se consideraban antes como el tipo de la degeneración grasienta; hoy se los considera como leucocitos, es decir, fagocitos que contienen grasa de la leche, opinión que parece ser confirmada por la existencia de los elementos que Ehrlich fué el primero en demostrar que provienen de la sangre y de las gra-

nulaciones características del plasma. Yo he comprobado la existencia de estas células neutrófilas, y cuando las encontré es porque habían existido antes, habiendo comprobado además que la metamorfosis en leucocitos va acompañada de la pérdida de células neutrófilas. Czerny cree que, para que los leucocitos pasen por emigración á las glándulas mamarias, debe haber una estancación láctea; yo opino, en cambio, que se debe invocar la quimiotaxia, pues al estancarse la leche en las glándulas, la secreción se altera, formándose substancias que atraen los leucocitos, los cuales en la glándula se transforman en corpúsculos del calostro. Así se explica que éstos sólo se encuentren durante el embarazo y en los primeros días del puerperio. Verdad es que aun más tarde se encuentra alguno que otro. Donné atribuía esto á la anemia, á estados febriles, á la menstruación ó á un nuevo embarazo. Sin embargo, mis investigaciones me obligan á interpretar estos hechos de otro modo.

Distingo varios grupos. Como grupo principal considero aquel en que la aparición en gran número de tales corpúsculos es señal de que se agota y acaba la secreción. Como la fuerza de succión del niño no es suficiente para vaciar la glándula, por otra parte ya falta la contracción activa de los alvéolos de ésta, y además disminuye la secreción, se estanca la leche y aumenta el número de dichos corpúsculos. En otro grupo de casos, una glándula forma leche de buenas condiciones y la otra segrega calostro, porque no se la hace trabajar en condiciones normales, ó bien á causa de que por otro motivo no funciona del modo conveniente. En un tercer grupo, el calostro aparece y desaparece de un modo transitorio, debido probablemente á una estancación parcial de la secreción. Por último, á veces contiene muchos elementos celulares la leche cuando el niño no mama todo lo que debiera. En este caso, la leche parece que contiene más glóbulos de pus que de calostro, tanto que se pudiera pensar en una mastitis. Si una mujer interrumpe la lactancia, aparecen elementos celulares más pronto ó más tarde. Esta leche no es mala, como creía Donné: el factor dañoso no es la presencia de elementos celulares, sino las materias que en la glándula de la madre obran como irritantes, y por esto también irritan los delicados órganos digestivos del niño. Además, la secreción es insuficiente en cantidad. En estos casos no conviene continuar con la lactancia, sino que se debe sustituir por la alimentación artificial. Sin embargo, cuando la aparición de los elementos sea transitoria, conviene que á las glándulas se las haga funcionar mucho para que la secreción mejore.

Respecto á la importante cuestión de qué conducta se deberá adoptar cuando las glándulas funcionan poco, porque el niño, á causa de alguna afección ó por otro motivo, deja de mamar, creo que procede intentar que lo haga de nuevo y, en todo caso, apelar al saca-leches.

Alopecia sifilítica.—El Dr. Plonski: Las figuras que aquí traigo y que representan casos de alopecia areata sifilítica en mujeres, vienen á confirmar lo que nos ha dicho Lassar hace dos años de las grandes dificultades con que á veces tropieza el diagnóstico de esta afección en el sexo femenino, y de la importancia que tiene esta dolencia para el diagnóstico de la sífilis. La caída del cabello como síntoma de esta enfermedad, no es rara y, sin embargo, se hace poco mérito de ella. No se trata de un estado nervioso ó de debili-

dad, sino como lo ha demostrado Giovanini, de una foliculitis pilar profunda que puede ser, según Fournier, sintomática ó esencial. En la primera, es consecuencia de una afección cutánea también sifilítica, el diagnóstico lo confirma más tarde por la formación de cicatrices. En la mujer, la abundancia del cabello hace que al principio pase inadvertida la alopecia esencial; así es que cuando se presentan las enfermas ya hay siempre extensas calvas. Si todavía existen signos de sífilis, el diagnóstico es fácil; en el caso contrario, es mucho más difícil. Precisamente en la mujer muchas veces pasa inadvertida la infección sifilítica, tanto que la misma interesada ignora que la ha padecido. En estos casos es difícil el diagnóstico, porque la alopecia sifilítica se parece mucho á lo alopecia areata común, al herpes tonsurante, etc. Según esto, en todo caso de alopecia areata, se debe practicar un examen escrupuloso de todo el cuerpo. Haciéndolo así, se descubrirá en muchos casos una sífilis que hasta entonces había permanecido ignorada.

Significación morfológica de las masas de actinomices.—El Dr. C. Benda: La maza del actinomices es la parte más característica y conocida de este hongo. La significación que le asigna Israël ha sido muy impugnada; la que propone Ponfick, de que se trata de una formación esporular no es sostenible, por lo poco que dura dicha maza. Boström cree que se trata de un producto de imbibición, no de desarrollo, y recuerda, en apoyo de su opinión, que se observa de preferencia cuando el hongo no puede desarrollarse bien. A pesar de ésto, J. Israël y M. Wolff han encontrado en los cultivos mazas parecidas, pero son los únicos que han observado este hecho. Friedrich, de Leipzig, dice que el bacilo tuberculoso también forma mazas en ciertos períodos, y atribuye esta formación á una excreción del micelio.

En un caso observado por mí había una gran cantidad de mazas actimomicósicas en todos los órganos. Hasta ahora no se conocía ningún dato que nos permitiera resolver si en estos casos existen procesos regresivos ó progresivos. Ahora bien, con mis preparaciones ya se puede resolver este punto; en algunas se ve claramente que las mazas están en vías de división ó segmentación. Empleando determinadas materias colorantes, se ve que en ciertos puntos los leucocitos adoptan una distribución radiada respecto á los micelios, y que emiten prolongaciones piriformes que entran en conexión con el micelio; los leucocitos poseen estas formas sin granulaciones neutrófilas. En otros casos, los elementos tienen una forma más tosca. Creo, en vista de lo observado, que los leucocitos tomen parte en la formación de las mazas, y que cuando éstas no se forman, en la vecindad se observa generalmente una destrucción granulosa de los leucocitos. En cambio, cuando disminuye la virulencia de los micelios y los leucocitos llegan hasta éstos, se produce una fusión de los leucocitos, se desarrollan los productos de la necrosis de congelación y se forman de este modo las mazas.

El Dr. M. Wolff: No creo que los leucocitos tengan en la formación de las mazas la participación que les asigna Benda. En los cultivos en agar se ven bastoncitos con abultamientos en forma de botón, que son las primeras fases de desarrollo de las mazas. Si este material se inyecta en animales que se matan al cabo de ocho semanas, se ven entonces hermosas glándulas actinomicósicas con tumefacciones en forma de maza. Yo también creo que las mazas no son ningún órgano reproductor, sino procesos degenerativos, pues

así como las formas recientes toman muy bien las materias colorantes, en las desarrolladas por completo, ya no sucede lo mismo.

El Dr. Benda: He de hacer notar que en los cultivos no se ve nada que recuerde las mazas típicas, y que éstas no se las ve pasar á las inyecciones.

R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 11 *de Mayo de* 1900.

Un caso de tortícolis operado.—El Dr. Gleich: El sujeto que aquí presento, fué operado por mí hace seis años, por padecer tortícolis; tenía entonces diecisiete años. Después de practicar una incisión de unos 10 centímetros de largo, y cuya dirección era la del trayecto normal de la porción esternal del esterno-cleido-mastoideo, excindí todos los haces fibrosos que estaban tensos y disequé ambas porciones musculares hasta el haz muscular, que parecía normal. De la porción esternal sólo se dejó una tira muscular del grosor de un cañón de pluma, cuya tira se desgarró en el curso ulterior de la operación, de suerte que en el esternón no quedó más que un haz muscular de unos 5 centímetros de largo, y en la inserción común una porción menor aún. Después de enderezada la columna vertebral, como quiera que no se podían unir directamente los extremos musculares, fueron comprendidos en la sutura cutánea. El tratamiento consecutivo fué muy sencillo: A los ocho días apareció curada la herida por primera intención, y á los diecisiete de la operación el paciente abandonó el hospital. La escoliosis de la porción cervical de la columna vertebral ha desaparecido por completo, y de la asimetría no ha quedado casi nada. Al reconocer con el tacto, se puede apreciar muy bien el haz muscular que se había conservado; sin embargo, no por ello se ha restablecido el perímetro de la porción esternal. Este es un defecto que llama mucho la atención á la vista, sobre todo si se trata de una joven. Para remediar esta imperfección estética, ha ideado Föderl un procedimiento con el que se consigue, al parecer, dicho objeto.

Etiología de la gangrena de hospital.—El Dr. Matzenhauer: En la Clínica de Neumann se observan todos los años cierto número de procesos ulcerosos, los cuales, por su aspecto, forma y dimensiones, así como su carácter rápidamente progresivo y destructor, llaman desde luego la atención como afección peculiar y distinta de las úlceras venéreas, con tanto mayor motivo, cuanto que, no sólo se presentan en las partes genitales, sino que se observan á menudo también en las inmediaciones de los mismos, en el surco genito-crural, en el periné, en la hendidura anal, etc., hallándose intactos los genitales. Se caracterizan en particular, porque su superficie se cubre de una exudación de color gris sucio, gris verdoso ó negro, de espesor variable, que á veces llega á ser de varios centímetros; esta exudación es gelatinosa, pastosa ó está deshecha á manera de la yesca. Las úlceras despiden un olor fétido y muy penetrante. Al mismo tiempo existen casi siempre síntomas febriles. Es afección que ataca generalmente á individuos desasea-

dos y sucios, los cuales refieren casi siempre que habían enfermado pocos días antes repentinamente con dolores y fiebre, pero que la herida que al principio parecía insignificante, había aumentado rápidamente y de un modo inquietante, de tal manera, que ya había alcanzado el tamaño de medio duro á uno, y á veces el tamaño de la palma de la mano. Los datos relativos á la última cohabitación, parece que permitían excluir casi siempre la idea de que la enfermedad hubiese sido transmitida por el coito.

A juzgar por el examen microscópico que he practicado de trozos de tejido recogidos en 22 casos, la enfermedad se caracteriza histológicamente como un proceso inflamatorio, que por licuación de los elementos conduce en una época muy precoz á la necrosis, por coagulación, del tejido. Los primeros comienzos del proceso, que clínicamente no aparecen todavía como formas ulcerosas, sino como exudaciones ténues de membranas blanquecinas, no presentan ninguna pérdida de substancia, aunque se las examine al microscopio. Las exudaciones blanquecinas más bien están constituídas por el epitelio mismo, destruído en parte, de tal manera, que el núcleo celular parece hallarse en una cavidad que está llena de un líquido, que no se deja teñir, pero que está atravesado por finos filamentos de fibrina. En las capas más superficiales, las células epiteliales han perdido su núcleo y se han vuelto hialinas, habiéndose reunido las unas con las otras para formar masas completamente homogéneas, en las que se encuentran grumos de fibrina y gran abundancia de bacterias. Las membranas blanquecinas están por consiguiente, constituídas por el mismo epitelio destruído y por masas de fibrina eliminada; no están aplicadas al epitelio, sino que ocupan el sitio de éste y representan, por lo tanto, una membrana crupal. De este modo se destruye muy rápidamente toda la cubierta epitelial; el cuerpo papilar subyacente es primero invadido y después sustituido por un infiltrado que está constituído, parte por leucocitos polinucleares emigrados, y parte por las células de tejido conjuntivo ya necrosado; este infiltrado está cubierto superficialmente con una capa de tejido completamente necrosado, en el que sólo se distinguen algunos núcleos celulares sueltos, glóbulos rojos y fragmentos de los mismos. La excreción ó producción de un exudado fibrinoso se puede seguir á menudo muy profundamente en el espesor del tejido, con tanto mayor motivo, cuanto que los vasos están muy dilatados y repletos de sangre. Las paredes de los mismos presentan muy pronto, en las inmediaciones del foco inflamatorio, las lesiones propias de una necrosis de coagulación, en la que los cuerpos de las células están empapados é hinchados por un líquido sero-fibrinoso, aparecen rodeados de fibrillas de fibrina, y por último, se liquidan y se funden entre sí para formar travesaños homogéneos. La precoz necrosis por coagulación de la pared vascular, ocasiona la aparición de numerosas hemorragias puntiformes, que se deben contar entre los síntomas constantes, y á menudo entre los primeros en fecha, de la úlcera producida por la gangrena de hospital. A veces también ocasiona las hemorragias violentas de los grandes vasos, que V. Pitha califica de terrorífica prerrogativa de la gangrena de hospital.

En todos los casos encontré siempre un bacilo, que en algunas preparaciones era el único; pero en la mayor parte de los casos, aunque iba acompañado de otros, de tal manera predominaba sobre éstos en el espesor de los

tejidos, que los demás quedaban relegados á un lugar muy secundario. El bacilo es delgado, recto ó un poco tortuoso, casi siempre de 4 á 5 micros de largo y de 0'3 á 0'5 de ancho. Por lo general está suelto, á veces está agrupado por parejas; sus extremos casi nunca son angulosos, sino un poco redondeados. Parece ser aerobio. Los cultivos son tanto más difíciles de obtener, cuanto que la gangrena de hospital con gran dificultad y sólo con precauciones muy especiales se puede inocular artificialmente al hombre ó á los animales. En un conejillo de Indias conseguí producir una úlcera típica, pero no me fué posible propagar la enfermedad desde dicho conejillo á otro animal.

El Dr. Paltauf: Las observaciones del autor son muy interesantes, pero no suficientes para identificar sus casos con los de gangrena genuína de hospital.

El Dr. Kaposi: Los procesos descritos corresponden clínicamente y por completo á lo que se acostumbraba á designar con el nombre de gangrena de hospital. Según lo que yo he observado, ésta se desarrolla de pronto hasta en superficies granulosas, en medio de fiebre y con el cuadro de la necrosis seca y momificante de los tejidos, ó con el de la gangrena húmeda, ó acompañando esta última á la primera forma inicial; la afección se propaga de un modo enorme y con mucha rapidez, destruye las capas más profundas hasta llegar á los músculos del abdomen, las regiones inguinal, crural, etc. En cambio, creo que todavía no están resueltos los puntos siguientes: 1.°, si todas las formas descritas por el conferenciante son equivalentes, y 2.°, la demostración histológica de que hay relación etiológica entre el bacilo descrito por el autor y la gangrena de hospital.

El Dr. Grünfeld: Creo que los casos del conferenciante son formas de gangrena de hospital genuína.

El Dr. Gussenbauer: En este año he observado el caso siguiente: Una mujer se había pinchado la encía con un palillo de dientes, y á seguida de esto se produjo una destrucción negruzca y ulcerosa. A los tres días esta destrucción ó necrosis se extendió rápidamente por la encía é invadió los labios. Cuando la enferma ingresó en el Hospital, la encía aparecía como una masa pulposa y untuosa. No había una línea de demarcación bien precisa que separara esta úlcera de las partes inmediatas, de color rojo intenso. Hasta la mitad derecha del labio inferior estaba hinchada, infiltrada y dura. En el mentón había una zona de la extensión de un céntimo, de color azul negruzco, y cuya epidermis estaba levantada formando vesículas. Se extirpó todo lo enfermo con el termo-cauterio y se cauterizó la herida con ácido nítrico humeante. Pero el proceso no se limitó sino después de haber inyectado una disolución fenicada al 5 por 100 en las inmediaciones del defecto. En la lengua se presentó más tarde una zona de color negruzco que tuvo que volver á ser destruía con el termo. Pero en todos los puntos de la lengua en que se habían producido lesiones por haberla cogido con las pinzas, se presentaron nuevos focos, que también se pudieron localizar por medio de las inyecciones fenicadas.

Radiogramas de un tumor mediastínico.—El Dr. Benedikt: El enfermo respectivo padece, desde hace cuatro años, de ataques asmáticos y de neuralgias intercostales violentas. El examen físico reveló la existencia de una

macicez en la espalda, á ambos lados de la columna vertebral. Esta macicez llegaba en el lado derecho más afuera que en el izquierdo, y correspondiendo á ella, se veía en la pantalla, con el examen radiográfico, una sombra, que desde la horquilla esternal llegaba hasta el diafragma, y que, al nivel de las costillas quinta y sexta, es donde alcanza su extensión máxima. La sombra no presentaba ninguna pulsación. El enfermo ha adquirido la sífilis hace cuatro años. Prueba también la naturaleza sifilítica de la afección mediastínica el hecho de que desapareció por completo en dos años, gracias al uso del ioduro potásico.

Atrofia glaucomatosa del nervio óptico. — El Dr. Schnabel: Lo que voy á exponer, se funda en el examen de los nervios ópticos. Las lesiones histológicas más precoces interesan las fibras nerviosas y son puramente degenerativas. Comienzan en el trozo intra-escleral y avanzan rápidamente en la porción extra-ocular del nervio. En los casos recientes, no hay lesiones inflamatorias. En el sitio de los trozos de fibras nerviosas destruídas, aparecen cavernas microscópicas, que crecen rápidamente, tanto que se pueden ver á simple vista. En el segmento intra-ocular, comienza la formación de cavernas en la parte intra-escleral. Las cavernitas forman por su reunión una hendidura que separa transversalmente el nervio de la lámina cribosa intra-escleral. De esta hendidura principal parten muchísimas hendiduras ramificadas, y en los hacecillos de fibras nerviosas, de tal manera que el trozo no medular aparece atravesado por cavidades muy pequeñas á manera de una esponja. Además de la atrofia por socavación propia del glaucoma, se observa en los nervios glaucomatosos la atrofia común por condensación. Esta hace que en algunos casos falte, total ó parcialmente, la excavación glaucomatosa. Si asienta inmediatamente por detrás de la lámina, falta la dislocación de ésta, y á pesar de ello, subsiste la excavación total. Si detrás de la lámina hay una atrofia por excavación y se aproximan entre sí las trabéculas que quedan entre las hendiduras vacías, atraen consigo la lámina intra-escleral y la excavación se hace más amplia de lo que corresponde al volumen del trozo intra-ocular. El estado de estancación de la papila no es producido por inflamación, sino por un aumento de los intersticios, á causa de la aparición de ún líquido patológico. Acaso la imbibición del nervio óptico con un líquido, sea lo que da motivo á la destrucción con formación de cavernas.

Según esto, la atrofia glaucomatosa del nervio óptico es una destrucción de las fibras del nervio óptico con formación de cavernas. La excavación glaucomatosa es una de estas cavernas.—R. del Valle.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 21 *de Marzo de* 1900.

Aislamiento de los sanos con bacilos diftéricos como medida preventiva. — El Dr. Berestnef refiere que, encontrándose con una epidemia diftérica en el Instituto Isabelino de Moscou, se decidió, de acuerdo con los Dres. Vlas-

yevsky y Bomstein, á llevar á cabo las medidas propuestas por el Dr. Gabrichevsky en el VII Congreso de los médicos rusos en Kasán, esto es, la investigación bacteriológica de los sanos y el aislamiento de aquellos que tuvieran bacilos diftéricos. El 14 de octubre de 1899 enfermó de evidente difteria una alumna de quinta clase, y al día siguiente empezaron ya á investigar la mucosidad faríngea de las restantes alumnas y de la servidumbre, terminando la investigación á fines de octubre.

Las personas que tenían bacilos diftéricos en la mucosidad bucal fueron aisladas. No cesando de presentarse casos nuevos, se practicó á principios de noviembre dos veces más la investigación bacteriológica de todo el personal del Instituto. Sin embargo, también después de esto enfermaron algunas de las alumnas, en las cuales no se habían encontrado antes bacilos. Al mismo tiempo se evidenció la imposibilidad de un aislamiento riguroso del gran número de individuos con bacilos diftéricos, y por esto se cerró el Instituto el 13 de noviembre. Entonces había 15 alumnas aisladas, de las cuales 7 enfermaron de difteria, de modo que las medidas curativas podían tomarse muy pronto. Gracias á esta circunstancia, ninguno de los 18 casos fué mortal. También se sometió á la investigación bacteriológica la leche y otros líquidos alimenticios, encontrándose solamente en la salmuera de pepinillos, bacilos algo parecidos á los pseudo-diftéricos; por esto fueron destruídos los pepinillos salados. Las habitaciones del Instituto fueron desinfectadas. Al volverse á abrir el Instituto en enero, las alumnas acudieron en grupos de 30 á 40, fueron metidas en un lazareto, y las que no tenían bacilos en su boca, tomaron un baño y fueron trasladadas á las habitaciones generales del Instituto.

Bacilos diftéricos encontráronse en 10 alumnas; después de la admisión de la última partida de alumnas, no hubo nuevas invasiones. Esta medida puede dar mejores resultados cuando después de la aparición del primer caso se investigan todas las personas que viven en la casa, y de una manera ú otra se ponen en contacto con el enfermo, su familia, etc. En los establecimientos de enseñanza cerrados, todos los alumnos y todo el personal que vive en el establecimiento deben investigarse, si es posible, en una ó dos tandas, repitiéndose la investigación al cabo de tres á seis días. De esta manera se eliminarán pronto todos los portadores del contagio y será posible prevenir la epidemia. Además, resultó el hecho muy interesante que, en la separación de los sanos con bacilos diftéricos, no debemos guiarnos por la virulencia ó inofensividad de los bacilos; en algunas observaciones, las alumnas que tenían bacilos inofensivos enfermaron después de difteria.

La bacteriología en la lucha con la difteria.—El Dr. Gabrichevsky hace una breve reseña de los trabajos publicados sobre la aplicación de la bacteriología á la prevención de las epidemias de difteria. Para este fin, deben aislarse no solamente los enfermos, sino también los sanos, en cuya mucosidad bucal se encuentren bacilos diftéricos; por regla general, bastaba esto para hacer cesar la epidemia. A favor de la eficacia de esta medida, habla la circunstancia que afecciones consecutivas observáronse exclusivamente entre las personas en cuya boca se habían encontrado bacilos. Mas en la práctica, puede ofrecer grandes dificultades el aislamiento de las personas sanas. Gabrichevsky pudo aplicar estas medidas varias veces. En 1897 se había des-

arrollado una epidemia diftérica en una Pensión de Moscou y cesó muy pronto, después de aislarse 21 asilados, en cuya boca se habían encontrado los bacilos, haciéndose luego la desinfección. El año pasado, esta medida se aplicó en un Asilo de niños, cesando las invasiones después de aislarse dos niños sanos con bacilos de Löffler en la mucosidad bucal; en este Asilo se investigan ahora bacteriológicamente con fin profiláctico todos los niños que ingresen. El resultado obtenido con esta medida en el Instituto Isabelino, acaba de comunicarse por el Dr. Berestnef.

Gabrichevsky pudo además prevenir varias veces el desarrollo de una epidemia de familia. En vista de esto, deduce que las personas sanas, hayan estado ó no enfermas de difteria, son muchas veces portadoras de verdaderos bacilos diftéricos en su boca, faringe y nariz, convirtiéndose en principales propagadores de la difteria epidémica. Como medidas profilácticas eficaces, han de considerarse la desinfección y el aislamiento, que pueden dar resultados positivos tan sólo bajo la comprobación bacteriológica. La investigación del bacilo y la separación de los sanos constituyen las mayores dificultades para la realización de las medidas profilácticas contra la difteria. Hemos de combatir estas dificultades teniendo presente que, á pesar de la introducción del suero, el número de casos en las grandes ciudades, como Moscou y San Petersburgo, no solamente no ha disminuído, sino hasta ha aumentado. Para la investigación se atiene Gabrichevsky á las siguientes reglas: 1.ª, la siembra en suero coagulado debe hacerse con mucosidad faríngea y nasal; 2.ª, una sola investigación no basta; 3.ª, además de los métodos usuales de tinte, conviene emplear también el de Neisser, que permite diagnosticar el verdadero bacilo diftérico; 4.ª, el resultado negativo de la coloración, según Neisser, demuestra que se trata de bacilos pseudo-diftéricos; 5.ª, en casos dudosos puede repetirse la investigación ó trasladarse el material á otro tubito para someterlo de nuevo al método de Neisser; 6.ª, por pocos bacilos verdaderos que se encuentren, sus portadores deben considerarse como infectados y aislarse; 7.ª, las personas con bacilos pseudo-diftéricos son inofensivas. Gabrichevsky se convenció de que la investigación bacteriológica puede verificarse con suficiente exactitud práctica sin dificultad técnica. Un solo médico puede en un día investigar hasta 50 personas. La principal dificultad para llevar á cabo las medidas profilácticas no está en el diagnóstico, sino en la circunstancia de que los bacilos persisten durante muchos meses. Los portadores de bacilos diftéricos han de equipararse con los sifilíticos y los tuberculosos. Convendría, pues, que la Sociedad pediátrica hiciera presente al Ayuntamiento de Moscou la necesidad de retener en los hospitales á los convalecientes de difteria hasta la completa desaparición de los bacilos, ó de albergarlos en hospicios especiales y de extender la investigación bacteriológica á todos los sanos que hayan vivido ó vivan en focos diftéricos.

Clínica y profilaxia de la difteria. — El Dr. Dreyer, partiendo del supuesto que el enfermar un hombre de cualquier infección exige dos condiciones: el contacto con el agente morboso y la predisposición, trata de aclarar esta última, y como es desconocida su esencia, intenta determinarla con los datos numéricos de la morbilidad. Aunque el concepto de ésta encierra también el de la posibilidad de infectarse, Dreyer se vale del índice de infección difté-

rica de Gottstein y de las cifras de casos de difteria de los Hospitales de niños de Moscou y de San Petersburgo, encontrando la morbilidad diftérica aproximadamente á 10 por 100. Aplicando el mismo criterio á la cuestión de las inyecciones profilácticas de suero, hace constar que se han publicado datos contradictorios, puesto que unos no observaron ninguna invasión de difteria, mientras que otros tuvieron 12 por 100, y Yurkevich obtuvo hasta 196 infecciones por 344 inyecciones; en total resulta que de 5723 niños tratados por las inyecciones profilácticas, enfermaron 371, ó sea 6 por 100. En el Hospital de San Vladimiro se practicaron las inyecciones en todos los niños que ingresaron en los departamentos de sarampionosos y escarlatinosos. Las observaciones se continuaron durante cuatro meses, extendiéndose á 246 niños. A cada uno se inyectaron de 500 á 600 unidades, y al cabo de veintiún días se repitió la inyección; algunos enfermos recibieron dos y hasta tres inyecciones, de modo quo no quedaba ningún niño sin haber recibido ninguna. De éstos enfermaron de difteria 14, sin contar los que enfermaron en los tres primeros días después de su ingreso ni después de los veintiún días, cuando cesaron las inoculaciones. Comparando estas cifras con las análogas del año 1892, resulta que de 322 enfermos, se infectaron 19. Estas cifras contradicen el experimento hecho en el Hospital de la Caridad, en el cual no hubo invasiones entre los inoculados. Los experimentos hechos en animales y niños demuestran que al día después de tales inyecciones, no queda en la sangre más que la mitad de la antitoxina, y que en el término de cinco á quince días desaparece toda. En vista de todo esto, Dreyer considera nula la importancia práctica de las inyecciones preventivas. Más valiosa medida profiláctica es el aislamiento, que muchas veces por sí solo basta para atajar la aparición de casos nuevos. En casos especiales, cuando es mayor la susceptibilidad de los niños á la virulencia del contagio (como sucede con los sarampionosos), conviene aislar, no solamente á los enfermos, sino también á los niños sanos que alberguen bacilos diftéricos en la faringe.

El profesor Filatof dice que, admitiendo la enorme importancia de la bacteriología para el estudio y aun para la profilaxia y terapéutica de la difteria, no es fácil, sin embargo, que la medida propuesta por el Dr. Gabrichevsky dé todo el resultado apetecido, porque por un lado pueden dejar de descubrirse los bacilos presentes, y por otro lado tomarse por virulentos los inofensivos, aislándose así inútilmente á muchos sanos. Para autorizar una medida tan radical como es el aislamiento de los sanos, es preciso que la bacteriología presente métodos certeros que permitan distinguir, entre las personas que llevan bacterias en la boca, á las peligrosas, para aislarlas y á las inofensivas, para dejarlas en libertad.

El Dr. Kishensky hace constar que en 1897 se desarrolló una epidemia diftérica en la sección de niños del Instituto Nicolasiano, habiendo al mismo tiempo no pocos casos de simple angina folicular y catarral; todos sanaron. Unos 100 niños sanos que habían estado en contacto con los enfermos se investigaron bacteriológicamente; en cuatro se encontraron bacilos; sólo uno enfermó de angina folicular con bacilos. No se tomó ninguna medida especial; todos sanaron y la epidemia cesó. Durante el presente invierno hubo bastantes casos de angina folicular y catarral entre las alumnas del

Instituto Cataliniano, encontrándose en dos casos los bacilos diftéricos; con el suero se curaron. Luego hubo 25 casos más, que fueron todos investigados bacteriológicamente, hallándose los bacilos en dos; todos sanaron con un tratamiento casi exclusivamente expectante. En la familia de un catedrático enfermaron de angina folicular cuatro de seis niños y la niñera; en la primera investigación se hallaron los bacilos en uno de los enfermos; en las investigaciones subsiguientes ya no se hallaron; todos sanaron con un tratamiento expectante. De todo esto, resulta que en cada epidemia debe procederse según la índole de la misma. La investigación de cada individuo es una medida extrema á que sólo cabe recurrir en casos excepcionales.

El Dr. Gabrichevsky replica que el tinte de Neisser puede considerarse como método seguro para distinguir el bacilo diftérico del pseudo-diftérico; que en el Instituto Isabelino la investigación de cada individuo dió el satisfactorio resultado de hallarse entre los 15 aislados, los 7 que enfermaron de difteria, y si al Dr. Kishensky hasta ahora le ha ido bien, prescindiendo del aislamiento, otra vez podrá tener motivo de arrepentirse de no haber recurrido al mismo.

El Dr. Vermel opina que no es posible aún distinguir con toda seguridad los bacilos diftéricos de los pseudo-diftéricos; pero que el tinte de Neisser puede servir de auxiliar del de Roux. También ha tenido casos en que los bacilos se encontraron tan sólo al primer día y ya no en los siguientes.

El Dr. Sokolof refiere que en la casa Bajrushin (cuartel de pobres) hay 800 niños, de los cuales, durante el año, 19 enfermaron de difteria, siendo transportados inmediatamente al hospital, donde permanecieron hasta desaparecer los fenómenos clínicos de la difteria; era imposible tomar medidas generales de aislamiento, y, sin embargo, la epidemia no se propagó. Varias veces se observó que de la misma habitación salieron sucesivamente casos de difteria.

Tratamiento del noma. — El Dr. Schweizer empieza su comunicación haciendo constar que todos los autores consideran gravísimo el pronóstico del noma, consignando una mortalidad de 70 por 100 Brouns y Tourdes, de 80 por 100 Bartez, de 87 por 100 Voronijin, de 95 por 100 Steiner y de 100 por 100 Taupin. Para el tratamiento se ha probado toda clase de remedios, obteniéndose con algunos resultados relativamente buenos, como por ejemplo: Löschner consiguió con la creosota 11 curaciones en 20 casos. Recientemente recomendaron el hierro candente, pero el buen éxito no fué frecuente, como tampoco con la operación radical de Winiwarter. En el Hospital de Niños de Santa Olga se emplea, desde 1897, el siguiente método: En seguida después de la primera exploración, se quita con la cucharilla afilada todo lo gangrenoso, se lava la llaga con agua boricada ó una disolución de permanganato potásico al 1 por 100 (caliente) y luego se frota con polvo de iodoformo, aplicando finalmente un vendaje seco. Si no se logra de una vez quitar todo lo gangrenoso, se aplica sobre la úlcera gasa empapada en la disolución permangánica; en los días siguientes se repite el legrado, mientras se encuentren tejidos gangrenados; el lavado de la úlcera se hace dos veces en las veinticuatro horas, y las fricciones de iodoformo una vez. Especial atención se dedica á las condiciones higiénicas del niño con respecto á alimentación y aire puro.

De los seis niños tratados sobre este plan, una solo murió, y aun éste, de infección general. La edad de los niños era de dos á cinco años; en todos, la enfermedad se había desarrollado después del sarampión. Una perforación del carrillo se observó solamente en una niña de tres años. Hasta ahora, no se había obtenido aún, en ninguna parte, un resultado tan favorable de curarse cinco de seis enfermos de grangrena bucal. Schweizer presenta fotografías y acuarelas de tres casos, cuya historia clínica comunica.

(*Vrach*).—G. Sentiñon.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las bocanadas de calor de la menopausia.—Estas bocanadas son molestas y más acentuadas en la menopausia prematura y artificial producida por la castración doble. Las preparaciones de base de tejido ovárico, son costosas y muchas veces ineficaces. El Dr. Gottschalk recomienda un medio más eficaz y sencillo. Consiste en hacer tomar con regularidad, todas las tardes á estas enfermas, un baño general caliente (40° C.) de veinte minutos de duración. A los pocos baños se nota una gran mejoría y á los 26 ó 28 se obtiene la curación.—(*Bull. Médical*).—F. Toledo.

Los gases de la sangre en la balneoterapia.—Con este título ha dado el doctor Foss en el Congreso de la Sociedad balneológica celebrado en Francfort en marzo último, una conferencia cuyas conclusiones son las siguientes:

Cuando se toma un baño caliente, se debe aumentar la cantidad de oxígeno que se recibe por inhalación; en cambio cuando se toma un baño fresco, está contraindicado el aumento en la inspiración del oxígeno, y probablemente lo está también el que el agua del baño contenga demasiada cantidad de este gas.

El aumento en la cantidad de anhídrido carbónico que se absorbe por la piel, permite que los baños de poca temperatura se toleren por más tiempo y con mayor facilidad; en cambio, dicho aumento está contraindicado con los baños calientes y también lo está su inhalación.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*). — R. del Valle.

Tratamiento de la cefalalgia.—Brunton recomienda contra la cefalalgia habitual el empleo combinado del salicitato de sosa (1 á 2 gramos) y del bromuro patásico (medio á 2 gramos). Esta preparación se administra por la tarde, y si es necesario, se hace tomar una nueva dosis á la madrugada. Cuando los accesos son fuertes y repetidos, se hace tomar la misma cantidad de medicamento repartida en tres dosis, una al principio de cada comida. Si se observa depresión se agrega un excitante, el amoníaco, por ejemplo.

(*Journal méd. de Bruxelles*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TERAPÉUTICA EMPLEADA EN LAS FIEBRES TIFOIDEAS

POR EL

DOCTOR D. ANTONIO MARTIN MENÉNDEZ

Ex-Médico-Director del Hospital militar de Mahón.

Cuando se lee un trabajo como el publicado por el Dr. Mariani en el número 640 de esta REVISTA, inconscientemente sale de los labios del lector una de esas exclamaciones con las cuales manifestamos nuestro pensamiento al proclamar la bondad de la cosa juzgada. Encierran tanta verdad las argumentaciones hechas por el citado clínico á propósito de algunos casos graves de tifoideas; y mejor aún, se desprende de todo el artículo precitado un cuerpo de doctrina tan acabado y exacto, que sin propósito de adular á quien no necesita de mis humildes parabienes, he de darle desde estas lejanas tierras donde hoy resido, la más entusiasta enhorabuena por su acabado trabajo, del cual no en balde sacarán enseñanzas muy útiles los que, como yo, se inspiran en seguir los consejos de compañeros de la talla del ilustre médico del Hospital de la Princesa.

Quiero, á título de comprobación y aun cuando no sea con otras aspiraciones que la de simple narrador de hechos consumados, citar en estas cuartillas las observaciones por mí llevadas á cabo en el transcurso de dos y medio años, con los sesenta y tantos enfermos de fiebre tifoidea asistidos en el Hospital militar de esta plaza, clínica de mis estudios por aquella fecha (noviembre del 96 á febrero del 99), durante la cual ingresaron en el mencionado Nosocomio enfermos tifoideos procedentes de las fuerzas de esta guarnición, de los regimientos de León y del Rey aquí destacados en aquel entonces, y de la marinería afecta á la desventurada escuadra que sucumbió en aguas de Santiago de Cuba.

Bien sea por condiciones de localidad, ó más principalmente que por nada, atendida la edad de los pacientes (diez y nueve á veintitrés años), ello es lo cierto que en todos fué tan acabado el cuadro sintomatológico de la infección ocasionada por el bacilo de Eberth, que ya *a priori*, y sin temor á equivocarse, se diagnosticaban, pues si en algún caso hube de reservar aquél, la gráfica térmica se encargó de corroborar dicho concepto, concepto expuesto con gran razón clínica por Wunderlich, quien dice que la marcha de la temperatura es tan gráfica en esta entidad patológica, que sólo por su evolución característica se puede *a posteriori* emitir un diagnóstico.

No he de ocuparme de la sintomatología presentada en los casos objeto de estudio, por cuanto nada de particular ofreció el curso del proceso cíclico en la generalidad de los mismos; únicamente pretendo hablar de la terapéutica con ellos seguida, pues no en balde el número, relativamente crecido, de enfermos, sirviéme para hacer estudios y sacar consecuencias que conceptúo dignas de publicar, ya que son inspiradas en el mismo criterio que el expuesto por el Dr. Mariani, razón por la que me decido á transcribirlas.

Seguramente que si admitimos la tendencia de la naturaleza en la generalidad de los casos (y en procesos agudos) á recuperar la integridad anatomo-fisiológica (siempre que aquella vaya bien dirigida), en ninguno mejor que en la infección bacilar que nos ocupa puede demostrarse tal verdad; pero es preciso se cumpla dicho requisito, cual es, repetimos, el de *ayudar á la naturaleza*, y no perturbar aún más su torcido camino. El injustificado afán de convertir nuestro aparato digestivo en retorta ó matraz, introduciendo y acumulando toda clase de medicamentos (los menos inofensivos y los más peligrosos, por cuanto á su acción fisiológica y terapéutica se refiere), es causa de que en muchos casos un pronóstico relativamente favorable al enfermo se convierta en gravísimo, y todo por el desconocimiento no sólo de la química biológica, sino por la falta de atención que los polifarmácopos prestan en la generalidad de los casos á la manera como reaccionan dichos agentes terapéuticos en la economía del hombre; prácticamente, y siendo ayudante de un famoso tocólogo fallecido há poco, tuve ocasión de observar los funestos resultados de ese furor recetario; obsesionada la imaginación más por ilusorias teorías, que rinden tributo á la moda, por la novedad conocida, que no responden á un detenido y concienzudo examen de las mismas. El ser enciclopedista médico lo considero relativamente fácil; el llamarse y ser buen clínico lo encuentro bastante

más erizado de dificultades. Decía el Dr. Slocker: no concibo el nihilismo terapéutico, pero soy partidario de los tratamientos sencillos; y en verdad que tal afirmación la comprende y justifica quien tiene por interrogatorio una clínica, y por objeto de estudio al enfermo.

Dos medicaciones son las que principalmente creo han originado más desencantos en la fiebre tifoidea, á saber: la antitérmica y la antiséptica, y sobre ellas quiero decir algo, una vez que tantas, la naturaleza ha respondido de igual forma cuando fué interrogada. Con los entusiasmos peculiares de quien abandona por vez primera las aulas universitarias para comenzar la fatigosa cuesta del ejercicio profesional, y con ese optimismo causado por la falta de observación clínica y únicamente sobresaturado de doctrinas más ó menos racionales y admisibles, hube de poner en práctica aquellos remedios tan ensalzados por los médicos que aspiran al perfeccionamiento de nuestra antropológica ciencia; imaginando yo también entonces que la enfermedad y el enfermo eran la misma cosa, siendo así que nada hay más distinto, supuesto ha de variar por completo la terapéutica, según reaccione el proceso morboso en determinado organismo. La elevación persistente de temperatura en grado, en el cual las combustiones intra-orgánicas, ponen en peligro la vida del sujeto, aconseja el empleo de medios para que descienda aquélla, y entre ellos dos han gozado y disfrutan la preeminencia; la fenacetina y la antipirina ¿responden estos agentes farmacológicos sin peligro á la acción terapéutica que se busca? Por lo que afecta á mis observaciones diré que no, por cuanto en muchos casos no he conseguido el descenso de la columna termométrica más de medio grado cuando pasaba de 40, á pesar de las dosis elevadas y frecuentes en que las suministraba y, en cambio, las más, y de esto conservo el recuerdo de 7 casos (uno seguido de muerte), sobrevinieron trastornos circulatorios por efecto de la antipirina, y verdaderos *shoc* difíciles de combatir con descensos rápidos en la temperatura, llegando hasta 35° cuando ensayaba la fenacetina. ¿Por qué estos efectos y cómo explicar su causa? He aquí mi opinión; si en virtud del catarro gástrico inherente á la infección tífica admitimos, cuando menos, como lesiones anatómicas en el órgano, las ocurridas en las células cilíndricas con la acumulación de moco y las alteraciones del tejido conjuntivo interglandular con su aumento de corpúsculos linfáticos; la consecuencia es bien obvia, pues lo mismo alimentos que medicamentos allí depositados, en virtud del trastorno glan-

dular, tardarán más tiempo del ordinario en pasar y absorberse por el torrente linfático; esa lentitud de absorción hace que cuando prescribimos una dosis medicamentosa, repetida á veces, hasta conseguir el resultado apetecido, es causa, repito, de que tomemos por falta de acción lo que es absorción difícil, y por eso en un segundo, y venciendo aquella capa densa de mucina en contacto con el medicamento, se precipita éste cual torrente impetuoso en la red linfática, y en ese caso sin género de duda, somos responsables de consecuencias funestas y cuando no, difíciles de combatir, pero siempre rodeadas de ese pánico que instintivamente nos domina en casos imprevistos; la acción tóxica sobreviene por mecanismo semejante al de los morfinómacos, quienes por cierto tiempo han retenido sus inyecciones del alcaloide del opio en el tejido celular subcutáneo y en forma enquistada, para absorberse rápidamente y ocasionar verdaderos envenenamientos como los que he presenciado algunas veces.

Respecto á los antisépticos salol y naftol, considero casi nula su eficacia y, en cambio, atribuyo á su empleo molestias graves. En 25 casos que he empleado el salol y el naftol β, he tenido ocasión de observar que mientras duraba su acción terapéutica, el fúligo de los labios y de las encías, era más marcado, y el aspecto de la lengua, mostraba bien á las claras el efecto urente del medicamento ¿y cómo no pensar de este modo? cuando si á las razones expuestas por el Dr. Mariani respecto al naftol en soluciones relativamente débiles, hemos de agregar las que conciernen á la composición química de las citadas substancias ó sean acción de la potasa en fusión sobre los sulfonaftalatos para la primera y combinación de fenol y ácido salicílico para la segunda?

Era verdaderamente notable la coincidencia observada en mis enfermos al presentarse una mejoría local, tan luego ordenaba la supresión de los enunciados agentes farmacológicos, sustituyendo éstos con una poción antiséptica (corteza de quina, calisaya contundida, rizoma serpentaria de virginia, agua hirviendo, solución de acetato amónico y melito de sauco proporciones de la Farmacopea Española); en este caso una de dos, ó el cambio operado en los pacientes se debía á esta nueva prescripción, ó era efecto de haber desaparecido la acción irritante de aquellos; inclinándome á esto último sin dejar de admitir como posible lo primero. Con estos fiascos y simplificando cada vez más la terapéutica, excepto en aquellos casos de complicaciones graves que reclamaban una intervención enérgica (trastornos circulatorios, meningo-tifus, diarreas incoercibles), pero siem-

pre dejando para lo último el aparato digestivo y prefiriendo la vía hipodérmica ó la rectal, he preferido en los demás el siguiente método. Alimentación láctea; ingestión de cantidades abundantes de líquido con agua esterilizada mezclada con vino de Jerez; la poción antiséptica descrita, una cucharada cada tres horas; y para combatir las elevaciones sostenidas á más de 40°, baño y siempre baño, alternando con afusiones locales de vinagre aromático á la columna vertebral, y también la sábana mojada aplicada al vientre, todo ello á la temperatura de 20 á 30°; con esto y mantener á los enfermos en una atmósfera pura y á menudo renovada, cosa fácil en este hospital situado en una isleta (y con sobrada cubicación las salas); cambiando dos ó más veces de cama al enfermo, he obtenido siempre un resultado favorable, creyendo más en la eficacia de este procedimiento que no en elucubraciones de químicos. Terminaré haciendo mía la opinión de Comby, quien en su última edición de *Patología infantil* y al ocuparse del tratamiento de la difteria, proscribe en absoluto todos los medicamentos enérgicos locales hasta hoy ensalzados (ácido fénico, sublimado, etc., etc.), por creer, y no sin fundamento, que el organismo tiene bastante con habérselas con el factor microbiano, sin que nosotros vengamos á aumentar la gravedad del pronóstico, empleando medicaciones como las que nos han ocupado.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Los mixomicetos y los tumores de los vegetales y de los animales; origen de los cánceres epiteliales. — II. Sobre el antagonismo entre la tuberculosis y el cáncer. — III. Transmisión de la tuberculosis. — IV. Trastornos auditivos en los buzos. — V. Preceptos higiénicos para las iglesias dictados por un Obispo. — VI. Etiología de la fiebre amarilla. — VII. Vértigo marino: patogenia. — VIII. Substancias culicidas. — IX. La lepra en Portugal y en otras naciones: datos estadísticos; medidas higiénicas. — X. Los periódicos de Oftalmología desde el punto de vista higiénico: estado actual; preceptos. — XI. La glándula lagrimal como bactericida.

I. En la col y otras crucíferas cree W. Podwysstozki haber probado que un mixomiceto, *Plasmodiaphora brassicæ*, produce tumores múltiples, y le parece también ahora que en los animales es capaz de

producir asimismo tumores parasitarios de origen mesodérmico, si bien es verdad que en el conejo y conejito son temporarios en las condiciones que experimentara (implantación de esporos bajo la piel y bajo el peritoneo), sin duda porque la fagocitosis salva de la generalización. Tanto más acepta este parasistismo, cuanto que inoculando esporos muertos no hay tumor, prueba clara de que no es una simple reacción del mesodermo contra el cuerpo extraño.

Seguramente estas neoplasias no son cánceres, pues son proliferaciones de las células mesodérmicas, pero sí granulomas parasitarios mixomicéticos, y si se lograra, en otros animales ó de otra manera, engendrar tumores con este parásito, se podría hablar de sarcomas, de endotelioma ó mejor aún de peritelioma parasitario.

Con motivo de estos hechos y dada la dificultad con que se ve el mencionado mixomiceto incluído en las células, el autor dice que no está justificado el escepticismo con que se juzga la grave cuestión del origen parasitario del cáncer (*La Presse médicale*, 1900).

Otro autor, Fabre-Domergue, en reciente obra (*Les cancers épithéliaux*), al discutir la hipótesis de la intervención de las coccídeas, no se atreve á negar en absoluto la etiología parasitaria, pero sí cree que muchas inclusiones celulares, tomadas como seres vivos, no son más que productos de la desintegración rápida del núcleo.

En cambio, propone una hipótesis terato-celular, cuya síntesis es: por causas no bien determinadas, sufren las células epiteliales modificaciones involutivas, una verdadera desorientación; si ésta es poco acentuada, brotan adenomas y papilomas, que denomina *enteliomas;* si es más completa, aparecen los epiteliomas y luego los carcinomas.

II. Para unos autores hay un antagonismo completo entre la tuberculosis y el cáncer: así opinaron Rokitansky, Hunter, Gendrin, etcétera); para otros, ambos padecimientos pueden coexistir en el mismo individuo, idea sostenida por Virchow, Wagner, Friedreich, etcétera.

Claude tercia en este debate y opina (*Actualités médicales.—Cancer et tuberculose*, 1900) que ese pretendido antagonismo no es tan absoluto, pero que, sin duda, el cáncer es poco frecuente en los tuberculosos. En su concepto, esto se debe á que el cáncer pertenece muchas veces á la gran familia artrítica, la cual parece tener pocas afinidades con la tuberculosis. Sea como quiera, el antagonismo no existe.

III. Flügge negó que la tuberculosis se transmitiera mediante el polvo de putos secos; antes bien admitía que la diseminación se

efectuaba gracias á las partículas imponderables de saliva y de mucosidades bronquiales que en gran cantidad lanza el tuberculoso cuando tose. Möller, experimentando en conejitos de Indias, confirma la opinión de Flügge; colocando ante tuberculosos cuando tosen varios conejitos, éstos son tuberculizados en breve plazo. Renovando, además, los estudios de J. Strauss, comprueba que el moco nasal de individuos completamente sanos puede contener el bacilo de Koch.—(*Zeitsch. f. Hyg.*)

IV. Las primeras observaciones relativas á trastornos auditivos determinados en los buzos, proceden de Hamel en 1820. A ellas han seguido los estudios de Trieger, Pola, Watelle, Vivenot, François, Foley, Magnon, Smith, P. Bert y otros muchos. Ahora, Baratoux publica un artículo (*Des accidents survenant du côté de l'oreille dans l'air comprimé.— L'Independance médicale*, 1900), que utilizo para esta *Revista*.

Los accidentes más comunes que el aire comprimido causa en el aparato de la audición, consisten en dolores, congestiones, equímosis, hemorragias y roturas del tímpano, depresión de esta membrana, catarro y otitis media, hemorragia de la caja, vértigos, zumbidos, vómitos, y sobre todo compresión, congestión y hemorragia del laberinto.

Antes de entrar el obrero en el aparato que contiene el aire comprimido, sufre en la esclusa central ó doble saco un aumento de presión gradual hasta la que existe en aquél. La presión es variable, según el trabajo, que si á las veces se realiza á una profundidad de 2 metros, lo es otras á 30, y aun puede pasar de 4 á 5 atmósferas.

En estas condiciones, el equilibrio normal entre el aire exterior y el de la caja cesa un momento por aumentar la presión de aquél, pero de nuevo se restablece gracias á un movimiento de deglución que empuja el aire por la trompa de Eustaquio hasta el tambor. Si ésta no es permeable, el tímpano es empujado hacia dentro, y hay dilatación vascular y congestión del oído medio; la membrana timpánica se pone roja (Lester y Gonez), sobre todo á lo largo del mango del martillo. Pueden ir apareciendo más ó menos bruscamente todos los trastornos y lesiones mencionados.

Cuando el obrero sale del aparato, pasa á la esclusa para la descompresión lenta, que en general debe durar un minuto por atmósfera. Si es muy rápida, pueden surgir accidentes análogos á los del aumento de presión, pero predominan los trastornos del laberinto.

Para explicar los fenómenos observados tanto en un sentido como

en el otro, hay dos teorías: la *hidráulica*, de Layet, que los atribuye á la congestión interna cuando aumenta la presión ó á la isquemia, cuando mengua rápidamente; y la de P. Bert, quien, á ejemplo de Leroy de Méricourt, opinaba que por el aumento los gases del aire, el O. y sobre todo el N., se disolvían en mayor proporción en la sangre, gases que, al cesar la presión, no permanecían disueltos en totalidad, y el N., especialmente, formaba burbujas, primero finas, luego más grandes, verdaderas embolias gaseosas, hecho que no ocurriría en la descompresión lenta. Cree Baratoux que una y otra, lejos de ser antitéticas, se completan, pues ambos mecanismos pueden concurrir á determinar las lesiones.

Debe tenerse en cuenta, además de la compresión y de la descompresión, que con aquélla sube la temperatura del ambiente y con ésta baja de 8 á 15°.

V. El Obispo italiano de Fano, Vicente Franceschini, interesándose y siguiendo los consejos del Dr. Abba, de la Sección de Higiene de Turín, quien ha hecho estudios sobre el agua bendita y sobre otros puntos de las iglesias, desde el punto de vista bacteriológico, ha tomado la iniciativa en una hermosa serie de reformas higiénicas, que es de desear tenga muchos imitadores.

Ha dirigido á todo el clero de su diócesis una pastoral en la que dice que la Iglesia, imitando al Divino Salvador, que se cuidaba también de beneficiar y sanar el cuerpo, se muestra solícita del bien material de los pueblos, y en este concepto, los sacerdotes, especialmente los dedicados á la cura de almas, deben aprovecharse de los datos verdaderos y ciertos de la ciencia moderna para arrancar antiguos é infundados prejuicios y para promover el uso de ciertas prácticas científicas, útiles y necesarias para el bienestar público y la higiene popular.

Con arreglo á estos principios, ha ordenado:

1.° Desinfectar el suelo, después de los días festivos y siempre que haya aglomeración de gentes, mediante aserrin de madera empapado en solución de sublimado corrosivo al 3 por 1000. En épocas anormales, será barrido á menudo, previo el riego para no levantar polvo.

2.° Limpiar semanalmente, y más á menudo, si es preciso, el polvo de los bancos y confesonarios, con esponjas mojadas en agua simple.

3.° Lo mismo debe hacerse con las gradas de los confesonarios, lavándolas con lejía hirviendo y friccionando después.

4.° La pila del agua bendita, también cada semana ó más á menudo, debe ser lavada con lejía hirviendo y luego con agua hervida, y mejor todavía, con solución de sublimado al 1 por 1000.

A los que contravengan estas disposiciones se les conmina con multas, que serán destinadas á las necesidades del culto.

VI. Las conclusiones del informe presentado por los médicos norteamericanos del Hospital de Marina, Wasdin y Geddins, son:

1.ª El micro-organismo descubierto por Sanarelli (*bacillus icteroides*), es la causa de la fiebre amarilla.

2.° Esta infección aparece naturalmente en varias especies animales, pero en grado variable: en algunos roedores, la infección es local y luego se generaliza; en los perros y conejos no hay pruebas de esta consecutiva invasión; en los monos la infección es igual á la del hombre.

3.ª La infección se efectúa por las vías respiratorias, en las cuales empiezan la colonización y los primeros síntomas.

4.ª En la mayoría de los casos, esta primera localización va seguida de otra secundaria en la sangre; esta última puede complicarse coetáneamente con otras invasiones microbianas, ó bien ocurrir estas durante las últimas horas de la vida.

5.ª No es exacto lo que dice Sanarelli de que empieza la enfermedad por una septicemia, pues en algunos casos no es posible encontrar el bacilo en la sangre ni en los órganos que de ella podían recibirlo.

6.ª No hay relación de causa á efecto entre el bacilo X de Sternberg y la fiebre amarilla: este bacilo es frecuente, en estado normal, en el intestino de los animales y del hombre, así como en la orina y secreción brónquica.

7.ª El bacilo icterodes no ha sido visto nunca en individuos sin fiebre amarilla, y por mucho que se parezca á otros microbios, tiene especificidad característica.

8.ª Este bacilo es muy sensible á las influencias nocivas para la vida bacteriana, y fácilmente dominable con los procedimientos de desinfección química y mecánica.

9.ª Produce, *in vitro* é *in vita*, una toxina de acción poderosa, y según los conocimientos actuales, es razonable la posibilidad de conseguir un antisuero más activo que el de Sanarelli (*Monthly Cyclop. of Pract. med.*).

VII. Una nueva hipótesis sobre el vértigo marino, y no descabellada, presenta G. Rotondi como deducción final de un trabajo muy

bien hecho (*Alcune osservazioni sull'etiologia del mal di mare.—La Clin. med. ital.*, 1900).

Hay en este mareo una vaso-constricción cutánea, que se puede notar por la simple inspección y demostrar con el esfigmomanómetro; hay, además, una gran vaso-dilatación esplácnica, no compensada por aquélla, como se prueba con la medida de la presión de la sangre. Esta discordancia es el secreto del mareo.

VIII. Se trabaja activamente, dada la posible intervención de los mosquitos en la transmisión del paludismo, en buscar substancias que ataquen á estos insectos.

Celli y Casagrandi, que han estudiado detenidamente este asunto, dividen las substancias *culicidas* en dos grupos (*Atti della Soc. ital. della malaria*, Roma, 1900, vol. I.): 1.°, substancias que matan las larvas: *larvicidas*; 2.°, substancias que matan los mosquitos: *culicidas*.

Entre las primeras figuran el *petróleo*, que difundiéndose por la superficie del agua, mata las larvas por asfixia; el *permanganato potásico*, tan recomendado en América, no sirve al 1 por 1000; la *larvicida*, que pertenece al grupo de los colores de anilina, es potente, surtiendo efecto á las veinticuatro horas en la proporción de 0'0015 por 1000 y que tiene la ventaja de ser muy soluble en el agua.

Entre las segundas, además del *petróleo* y de la *larvicida*, han observado que algunos de los humos, olores y gases que emplea el vulgo, tienen cierta acción (cuasia, pelitre, etc.), pero como es lenta y no del todo segura, optan por el humo de *tabaco*, los capullos de *crisantema* y la raíz de *valeriana*.

Clavenzani (Suplem. al *Policlinico*, 1900, núm. 24), dice que el humo de tabaco no es práctico y que las otras substancias son caras, optando por quemar larvicida.

Severini, uniendo varias de estas substancias, obtiene una mezcla manejable, eficaz y barata, la *zanzolina* (*zanzare*, mosquito en italiano); basta quemar la cantidad que cabe en una ó dos cucharadas para matar los mosquitos de una habitación de 30 á 40 m^3.

IX. Era idea corriente entre los médicos de Lisboa, que la lepra en Portugal estaba limitada á los reclusos en el Hospital de San Lázaro (20 á 30) y á alguno que otro mutilado que se refugiaba en las enfermerías hospitalarias. El Dr. Ceferino Falção ha demostrado lo erróneo de esta creencia en un discurso que pronunciara ha poco en la Real Academia de Ciencias (*A Medicina contemporanea*, 1900).

Demuestra que esta enfermedad está muy extendida en el vecino

reino, hasta el punto de hallarse invadidos todos los Concejos, existiendo hoy más de 600 leprosos, número ciertamente inferior á la cifra exacta, tan inferior, que calcula son unos 1.500 los infectados. Compara estos datos con los de Noruega, el país de la lepra, que sólo tiene 300 enfermos, con los de Suecia continental (70 averiguados y 5 sospechosos), de Islandia (158), de Holanda (30), de Bélgica (4, quizás no tantos), de Inglaterra é Irlanda (96 en diez años), de Francia (arrabales de Niza y Bretaña, casos importados en París, total unos 300), con los de España (1000 á 1200, siendo los focos principales Valencia y Alicante; ésta última provincia tiene unos 200), de Alemania (hasta hace poco desconocida; hoy se cuentan: Hamburgo, 12; Alsacia, 2; Baviera, 1; Oldemburgo, 1; Prusia, 18; provincia de Memel, 15) (1), de Suiza (2 en el cantón de Berna), de Italia (256 y 18 sospechosos), de Austria (rarísimos), de la Rusia europea (785, según la estadística oficial), de Servia (3), de Bulgaria (3), de Bósnia y Herzegovina (32), de Rumanía (208), de Grecia continental (110), de sus islas (99), de Creta (200), de Turquía, en donde abunda (sólo en la capital hay de 300 á 400, según Zambaco Pachá, y de 500 á 600, según Düring).

Acepta el contagio, recordando que ha sido el primero en llamar la atención sobre el hecho de ser transmitida la enfermedad por las secreciones, aun antes de toda manifestación exterior; examinando las fosas nasales de descendientes de leprosos, que presentaban frecuentes epistaxis ó sólo ligera exudación, encontró una pequeña ulceración del tabique, y raspando ligeramente en éste, vió muchas veces el bacilo leproso. Este signo, dado á conocer en el Congreso de dermatólogos de Viena (1892) y luego confirmado por otros, le ha permitido y permite sospechar la lepra meses y años antes de que se generalice. No niega el valor de la herencia, y de ella ha observado muchos ejemplares; pero á modo de lo que hace en la tuberculosis. Que sea hereditaria no excluye que sea contagiosa, y del contagio observó, y narra, varios casos, entre ellos alguno conyugal. Varios compañeros le han proporcionado observaciones análogas.

Como medidas higiénicas propone: 1.°, que los médicos conozcan bien la lepra; 2.°, que se procure el aislamiento, cuya eficacia está probada en la Edad Media y en los tiempos modernos; pero no la secuestración violenta, sino el establecimiento de colonias agrícolas; 3.°, que se vulgarice la idea del contagio y de la herencia.

(1) En esta provincia hubo en poco tiempo 32 casos, de los cuales murieron 19, siendo este el motivo de la Conferencia de Berlín.

X. En *La Clinique ophtalmologique* (1900) se da cuenta de un trabajo de Hermann Cohn, de Breslau, en que examinados los periódicos de Oftalmología alemanes desde el punto de vista higiénico, pocos ó ninguno cumplen con los preceptos de la higiene: ¡ellos, que debieran dar el ejemplo!

Opina que la impresión debía tener las siguientes condiciones: 1.ª, altura mínima de las letras de uno y medio milímetros, tomando como tipo la *n*; lo mismo aceptan Weber, Javal y Fick; 2.ª, de línea á línea ha de haber tres milímetros, cuando menos dos y medio, si tiene 100 de larga; 3.ª, el grueso de la *n*, tipo, no ha de ser menor de 0'25 milímetros; 4.ª, el largo de las líneas no ha de ser mayor de 100 milímetros (Cohn), de 130 (Weber), de 70 (Pflüger); 5.ª, el mínimum de líneas en cada página oscila entre 22 y 36; 6.ª, el número de letras en cada línea de 100 milímetros no debe exceder de 60 (Weber); 7.ª, el de letras, en un centímetro cuadrado, de 15 aproximadamente; 8.ª, no debe usarse caracteres pequeños (1'25 milímetros); 9.ª, hay tendencia á disminuir la altura de las letras; 10.ª, son más legibles las letras de forma cuadrada que las alargadas; 11.ª, cuanto más negra la letra es mejor; 12.ª, el papel opaco es mejor que el brillante, sobre todo de nóche; 13.ª, el papel blanco facilita la lectura por el contraste, pero Javal recomienda los tonos amarillentos.

En resumen, casi todos los oftalmólogos son míopes por manejar durante el día á menudo el oftalmoscopio y por leer de noche en impresos antihigiénicos.

XI. Las glándulas todas, sea por sus secreciones de acción microbicida, sea por constituir una vía de eliminación, constituyen defensas para el organismo contra las infécciones. Las lagrimales, objeto de numerosos debates, han sido estudiadas muy detenidamente por Bono y Frisco, quienes, de sus muchos experimentos, deducen *Archivio di Oftalmologia*):

1.° Las lágrimas obran por acción mecánica, no impiden la multiplicación de los gérmenes sino en los primeros momentos y no atacan su virulencia.

2.° La glándula lagrimal, en condiciones normales, no obra como eliminadora para los micro-organismos que llegan por vía sanguínea; pero su parénquima imprime cambios que atenúan su acción patógena. Por lo mismo, es rara su flegmasía y raros ó nulos los gérmenes que puede haber en ella.

3.° Es, por tanto, uno de los medios de defensa del organismo.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General.

I. Acta de la sesión pública inaugural que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona celebró en 30 de enero de 1900.

II. La incineración cadavérica, por el Dr. D. Román G. Durán. Valladolid, 1900.

I

Componen este acta, además del programa de premios para 1900 y de algunos datos relativos á la Academia y á los señores Académicos, el discurso del Secretario perpétuo de dicha Corporación, don Luis Suñé y Molist, el discurso del académico de número, D. Ramón Codina Länglin, y una síntesis demográfica de Barcelona, correspondiente al año 1899, debida al Dr. D. Luis Comenge, director del Instituto de Higiene Urbana.

El discurso de Secretaría reseñando las tareas en que se ocupó la Academia en el año precedente, es sobrio y está muy bien escrito, como todos los que brotan de la pluma de un escritor tan correcto como el Dr. Luis Suñé. En este discurso se da cuenta, entre otros varios asuntos científicos y profesionales, de la entrada en la Academia del joven catedrático de Histología normal y patológica de la Facultad de Medicina de aquella capital, Dr. D. Carlos Calleja, quien, merced á su talento y á su laboriosidad, se ha conquistado un puesto envidiable en la ciencia desde el momento que terminó la carrera; y se hace un resumen de la discusión que hubo en el seno de aquella Academia con motivo de la consulta que el Ministro de la Gobernación hizo á las Reales Academias respecto á la conveniencia de la Colegiación médica obligatoria ó voluntaria, transcribiendo las conclusiones en las que se asegura que la Colegiación obligatoria es innecesaria, inútil y tal vez perturbadora, y se señala la conveniencia de las asociaciones profesionales voluntarias; es decir, lo de siempre: no se niega, como no se puede negar, el principio ventajoso de la asociación, pero se niegan las ventajas de la asociación unánime de toda una clase por el sólo hecho de ser decretada.

El discurso del reputado farmacéutico y eminente químico, el doc-

tor D. Ramón Codina Länglin, versó acerca de la *necesidad de fijar un coeficiente posológico en los medicamentos galénicos*. En dicho discurso, fundándose en atinadas consideraciones que ponen de relieve los defectos de la anarquía que hoy día reina en la distinta actividad de los medicamentos galénicos, y sin desconocer las dificultades con que se tropezaría para establecer un coeficiente posológico exacto para cada uno de aquéllos, resume su pensamiento, al final de su discurso, diciendo que dicho coeficiente posológico podría lograrse fácilmente: «1.° Fijándose en las Farmacopeas oficiales de todas las naciones la riqueza normal que en principios activos deben poseer las especies farmacológicas; 2.°, indicándose en estas mismas Farmacopeas, después de detenido y comprobado estudio, un procedimiento uniforme, rápido y sencillo, para la dosificación de dichos principios, y 3.°, estableciéndose una relación constante de composición y actividad entre la especie farmacológica natural y las diversas formas farmacéuticas bajo las cuales se emplea, para que en todos los países y en todas ocasiones los médicos, al disponer la prescripción de un medicamento galénico de igual denominación, pudiesen contar siempre con una única y constante acción terapéutica, y no variada, como ahora, pues según la Farmacopea adoptada para prepararlas, no se presentan unas mismas formas farmacéuticas con idéntica composición».

La síntesis demográfica de Barcelona, debida al ilustrado director del Instituto de Higiene Urbana de aquella capital, el Dr. D. Luis Comenge, está compuesta de dos cuadros, en los que se detallan mensualmente las enfermedades comunes y las infecciosas respectivamente y se da cuenta de la natalidad general y de los matrimonios. La mortalidad proporcional aproximada es de 24'19 por 1000 habitantes, y el número de defunciones es superior en más de 2000 al de nacimientos.

II

La incineración cadavérica es un folleto de más de 100 páginas, en el que figuran dos conferencias dadas en el Ateneo de alumnos internos de la Facultad de Medicina de Valladolid por el Dr. D. Román G. Durán, ilustrado profesor clínico de aquella Facultad. En la primera de dichas conferencias se hace la historia de la cremación desde la más remota antigüedad hasta los momentos actuales en las principales naciones; se estudia la incineración desde el punto de vista afectivo, moral y religioso y de la insuficiencia é inconvenien-

tes de los cementerios, y se contestan las principales objeciones que se la han dirigido. En la segunda conferencia se ocupa de los medios de que podrían valerse para realizar la cremación, de sus principales aparatos, del tiempo necesario para su funcionamiento, del coste de cada cremación, colectiva ó individual, y del plan de reforma más conveniente para establecer este nuevo sistema funerario.

Estas conferencias, que demuestran de un modo palmario los profundos conocimientos que acerca de este asunto posee el autor y lo poco fundamentadas que son todas las objeciones que á la cremación cadavérica se han dirigido, tanto desde el punto de vista moral y religioso, como desde el punto de vista físico y económico, representan un erudito trabajo de propaganda de una de las ideas higiénicas más sublimes, y que por una de esas aberraciones del sentir común, irreflexivas y poco razonadas, no se ha podido abrir franco paso todavía á través de las preocupaciones y rutinarismos que hoy más que nunca no debieran prevalecer. Creemos, pues, que la labor del ilustrado Dr. Durán merece plácemes incondicionales de cuantos se dedican al cultivo de la higiene y de cuantos estiman el progreso de las instituciones sanitarias de la nación.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 28 *de Abril de* 1900.

De la epidemia de fiebres tifoideas observada recientemente en esta corte.—Comunicación de D. José Madrid Moreno, encargado del Gabinete microbiológico municipal, acerca del *análisis de las aguas de Madrid*, y que leyó el Dr. Pulido en la sesión anterior:

«Con motivo de los casos observados en nuestra capital en la llamada epidemia de fiebres tifoideas en el mes de diciembre último, fué cerrado al servicio público el viaje de la Castellana, cuyas aguas vierten á las fuentes de la calle de la Florida, Hortaleza (Galápagos), Regueros, Plaza de San Gregorio, Arlabán y Atocha, observándose que con tal determinación no volvieron á registrarse nuevas invasiones entre las gentes, cuyas viviendas estan más ó menos próximas á la trayectoria de dicho viaje.

A partir de aquella época, comencé á practicar análisis bacteriológicos de

dichas aguas, dirigiéndose las investigaciones á la cabecera del viaje, con objeto de averiguar si en su origen venían ya á la población contaminadas. Las muestras fueron recogidas en el término de Chamartín, en los diferentes ramales ó minas que por su unión dan después el caudal de aguas, y para lo cual hubo que practicar calicatas en el terreno á 20, 30 y 40 metros de profundidad.

Dichos ramales no tienen revestimiento alguno, ni están defendidos por ningún fabricado, de modo que las aguas proceden de filtraciones del terreno, y su origen es, por tanto, muy diverso.

El análisis bacteriológico puso de manifiesto repetidas veces, no sólo un número grande de bacterias, sino que éstas pertenecían al grupo de las llamadas *pútridas*, comprendiéndose también las formas *coli-bacilares*, las cuales aparecían constantemente en los cultivos. Comparando la flora bacteriana de unos y otros ramales, se vino á deducir en consecuencia, que la mayoría de ellos estaban contaminados, y sólo en cuatro se notaba la ausencia de bacterias de la putrefacción. Estos ramales fueron los que más tarde se unieron, para surtir de aguas á las fuentes públicas que se pudiera, cerrándose las demás y disminuyendo, por tanto, considerablemente el caudal que antes disfrutaba este viaje.

Echadas las aguas á la población, las recogí nuevamente en la mina de Santa Bárbara, fuente de la calle de la Florida, Galápagos y Regueros. De nuevo volvieron á aparecer en los cultivos las especies citadas con la particularidad de que en la que procedía de la calle de Regueros, hallé un *bacillus* que, estudiado detenidamente, resultó ser el *pyocyaneus*, conocido vulgarmente con el nombre de *bacilo del pus azul*, en cuyo producto fué donde primeramente se descubrió. Aislado y cultivado en diversos medios, ha dado todos los caracteres típicos, los cuales ha venido á robustecer la experimentación fisiológica en los conejos de Indias, cuyos animales han muerto entre las doce y las veinticuatro horas después de la inyección intra-peritoneal. Dicho bacilo estaba asociado al *coli-bacilo*, al *proteus vulgaris subtilis*, *mesenterico vulgatus*, *liquefaciens*, etc., de cuyas formas tengo los respectivos cultivos. El *bacilo piociánico*, no sólo fué aislado del agua por el método de las placas, lo cual prueba su abundancia, sino que lo hallé en la sangre del corazón, y cultivé después, procedimiento más seguro y positivo cuando aquél no se revela por los demás métodos. Hago esta manifestación, por ser la primera vez que dicho micro-organismo lo he encontrado en las aguas potables de Madrid con extremada virulencia, pues ya en otra ocasión fué hallado en las de pozo, y aun cuando es corriente, según muchos autores, vivía en aquel elemento, en la tierra y aun en el aire. Sin embargo, son muy pocos los autores que positivamente lo hayan señalado y descrito en las aguas, á pesar de ser una forma muy característica, aislada y estudiada del pus azul, bien conocido de los cirujanos, cuando ha habido descuido ó falta en los medios antisépticos de la cura.

No tendría interés la presencia de este bacilo en las aguas, si no fuera por la importancia que ha alcanzado en las epidemias hídricas, y por las relaciones tan estrechas que guarda esta bacteria con la disentería y otras enfermedades epidémicas.

Ehlers, Neumann, Œttinger, en 1890, hablan de la enfermedad piociánica

en el hombre, así como Calmette en varios casos de disentería en Cochinchina, en que aisló este bacilo de las deyecciones. Maggiora, en veinte casos de disentería epidémica en Italia, también lo aisló dotado de una gran virulencia. Thiercelin, Williams, Cameron, Lange, lo indican en la gastro-enteritis de los niños. Krannals, Finkelstein, Triboulet, Œttinger, Hitschmann, Kreibrich, Lartigan, durante el transcurso de una epidemia de disentería en Hartwick, en 1898, no sólo lo hallan dotado de gran virulencia en las diarreas de los disentéricos, sino también en las aguas potables. Blum indica un caso mortal, debido á infección piociánica, complicado con endocarditis. Escherich habla de otros análogos con carácter epidémico. Babinsky hace la historia clínica de tres casos de gastro-enteritis mortal, debidos á la infección de este bacilo. Kulnau habla de este bacilo en la influenza (1897). Vincent en un caso mortal de fiebre tifoidea, complicado con infección piociánica generalizada (1898). Y Charrin, Cassin y Burot, de la enfermedad piociánica de forma cutánea. Por último, Boujean, en el Laboratorio del Comité consultivo de Higiene pública de Francia, investigó dicho bacilo en el agua de la fuente sagrada de Agar, en Zem-Zem, á raíz de la epidemia colérica de la Meca, en 1893, la cual agua fué transportada á París por mediación del Consulado. Posteriormente, dicho investigador la ha hallado en diversos análisis bacteriológicos de aguas de alimentación de algunas localidades francesas.

Ocupándome preferentemente de la bacteriología de las aguas de Madrid, ya en publicación circunstanciada expondré más detenidamente mis observaciones, y si hoy molesto la atención de los Sres. Académicos con la presente Nota, es tan sólo por el deseo de aportar un dato más al tema que en la actualidad se discute; dato que seguramente ha de robustecer la reconocida ilustración de sus doctos miembros.

Las preparaciones microscópicas, así como los cultivos en toda clase de medios de los usados en bacteriología, están á disposición de los Sres. Académicos».

El Dr. Alonso Sañudo: Pensando acerca de la totalidad de los casos que hemos tenido ocasión de observar, puedo decir que el cuadro térmico no tiene la regularidad matemática que se le asigna, sino aquel oscilar natural y lógico de períodos de descanso que el organismo se toma ó que la fiebre tiene que tener por haber sido demasiado alta; así es que en las veinticuatro horas la temperatura sube y baja tres ó cuatro veces, lo cual nada tiene de nuevo, y he podido observarlo, sin excepción, en todos los tifoideos que he visto.

Los trastornos del aparato digestivo han obedecido á la naturaleza de la infección y han sido característicos y más ó menos prematuros, según se haya cuidado á dicho aparato en los primeros momentos. No he observado ningún caso del llamado tifus abortivo, y, en cambio, he visto dos casos de la llamada tifoidea atenuada, pequeña, de dos semanas de duración y con todos los síntomas de la tifoidea. También he observado dos casos de tuberculosos con fiebre tifoidea de las más graves. La inmensa mayoría de los tíficos que he visto no han muerto, pero no por esto debe deducirse que no debieron ser tifoideos; y es, que la tifoidea es una de las infecciones más benignas que puede padecer el organismo. Por eso juzgamos insuficiente el

tratamiento y hasta perjudicial algunas veces, porque más fé que en ningún medicamento debemos tener en los esfuerzos de la naturaleza. En realidad, lo decisivo del pronóstico en la fiebre tifoidea, se halla en el modo de ser del que la padece. De ahí, que el pronóstico haya sido bastante benigno y los casos de muerte han guardado casi la proporción conocida en esta epidemia, puesto que la inmensa mayoría de los atacados han sido sujetos de catorce á veinticinco años, en condiciones bastante buenas de vida y habitando en casas donde podía hacerse higiene más ó menos completa, pero medianamente satisfactoria por lo menos. Las complicaciones se han ajustado también á esas favorables ciercunstancias y, aunque ha habido algunos casos de hemorragia intestinal ó de perforación, en general no se ha presentado la miocarditis, que es la que tiene mayor importancia, en mi sentir, pues nunca me he explicado por qué en la tifoidea no se ha dado al corazón la misma importancia que en la pneumonía, por ejemplo, tanto más, cuanto que en ésta la infección de pneumococus es de cinco días, y en aquella, la infección es de cuatro septenarios. En los casos que he tenido ocasión de observar, no he visto, como en otras infecciones tíficas, exageración de estas miocarditis aunque haya habido modificación de las funciones cardíacas y algunas veces en período avanzado de la enfermedad.

Respecto al tratamiento, diré, que en él domina por completo la higiene; el conjunto de condiciones higiénicas, aireación, limpieza, etcétera, es asunto de primera importancia en todas las infecciones y especialmente en la tífica, que tiene como característico el ser la de origen más humano, puesto que se adquiere aspirando deyecciones del hombre mismo.

La alimentación debe ser de leche, por tratarse de un alimento muy bueno y diurético, y de caldo, por ser una solución salina que contrarresta el gasto determinado por la fiebre. También es necesario hacer dos ó tres veces al día irrigaciones en el aparato intestinal, al que hay que cuidar desde los primeros momentos con un purgante que no sea de efecto prolongado y con enemas abundantes; se empleará la medicación tonico-neurasténica que no la dan más que la quina ó la quinina, sin pretensión de rebajar la fiebre.

Yo, que no tengo que arrepentirme de haber empleado grandes dosis de antipirina ni de cualquier otro antipirético, sigo pensado, como he pensado siempre, que es un error dar elevadas dosis de antipiréticos á ningún enfermo, y sobre todo, á los tifoideos, pero me parece bien dar pequeñas dosis de quinina como medio de tonificar al organismo, aunque á cualquier perturbación un poco exagerada ó violenta del aparato digestivo, suspendo el sulfato de quinina en la fiebre tifoidea porque no conviene perturbar función tan importante ni órgano de tanta transcendencia. Lo que me parece superior á todo, es la medicación hidroterápica de baños frescos, aunque serán innecesarios en multitud de ocasiones, porque la enfermedad podrá curar con sólo los medios higiénicos.

En los casos en que la fiebre es muy alta y hay estado ataxo-adinámico, no me preocupo en aconsejar los baños porque me parece que la situación está tan perdida que poco se puede hacer con ellos. En cambio, el baño, empleado pronto y cuando se sostiene elevada la temperatura, me parece un medio insustituible, porque no he visto un mal resultado y sí he visto mejorar á los tíficos y cambiar totalmente su modo de ser, dándoles cada tres

horas un baño de 20 á 25° y de un cuarto de hora de duración próximamente. Con el baño en estas condiciones, no pretendo bajar la temperatura porque entiendo que lo que el baño hace es diluir las toxinas, provocar la urinación, y con ésta, la eliminación de aquéllas y mover al enfermo, el cual, lo mismo que necesita mover la lengua para que no haya fuliginosidades, necesita mover el resto del organismo para que tampoco las haya en otros órganos de importancia.

Pues bien: como no he visto que los baños produzcan ningún efecto perjudicial, creo que la hidroterapia es el mejor medio que puede emplearse en las condiciones dichas. Además, debe tenerse en cuenta, que el baño da á conocer la marcha y la intensidad del proceso. Actualmente se está en camino de posibles vacunaciones; según parece, hay menos atacados entre los vacunados, pero son más graves. En síntesis: para concluir, diré que esta recrudescencia de fiebres tifoideas me ha parecido perfectamente ajustada á lo que debía ser, y me enorgullece el pensar lo que sucede con las infecciones que, ó no vienen ya, como la peste, ó se modifican, como el cólera, ó cambian de tal modo, como la fiebre tifóidea, que tiene que discutirse si se trata ó no de esta enfermedad.

Dos casos de trepanación del seno frontal. — El Dr. Compaired: El primer enfermo á quien he hecho esta operación venía padeciendo hace cerca de dos años frecuentes dolores de cabeza, gran dificultad respiratoria, obstrucción nasal y derrame purulento y nauseabundo por la fosa nasal izquierda. El dolor estaba localizado en la región frontal izquierda correspondiente con el seno enfermo; era gravativo, y tenía la particularidad de que comenzaba por las mañanas y desaparecía por las tardes; en ocasiones tenía un carácter neurálgico. A este fenómeno seguía el de la obstrucción, que se elevó á tal grado, que el enfermo necesitaba respirar con la boca abierta, sobre todo por la noche. Examinado el enfermo, aprecié entre los síntomas objetivos estenosis de la fosa nasal izquierda por existencia de masas poliposas en el meato que descendían del cornete obstruyendo por completo todo el meato medio y el infundibulum; advertí la presencia de pus bastante concreto que, limpiándolo con el estilete, el cual había rodeado de algodón en rama, volvía á refluir, y á medida que se conseguía mayor limpieza, disminuía la sensación gravativa y la opresión que sentía el enfermo. Para más seguridad del diagnóstico practiqué la iluminación por transparencia, y aun cuando este diagnóstico no sea exacto, en el caso concreto á que me refiero dió por resultado el observar que el seno frontal no estaba perfectamente iluminado. Procedí á hacer la extirpación de las masas poliposas é hice la resección del cuerno anterior del cornete medio á fin de ponerlo en mejores condiciones para emplear el tratamiento que corresponde á estos casos; también procedí al lavado por medio del cateterismo con soluciones antisépticas, y sin embargo, no conseguí que disminuyeran los dolores de neuralgia que tenía el enfermo. En vista de ello, practiqué la operación el día 28 de diciembre, y pude darle de alta por curación el día 3 de enero; curación que subsiste todavía.

El otro enfermo presentaba un cuadro sintomatológico objetivo parecido al anterior; pero hay que advertir que éste era sifilítico, y tenía, además del dolor, edema del párpado superior y equimosis de éste y ceja correspondien-

te. La dificultad respiratoria era terrible por tener grandes masas poliposas; además presentaba un gran infarto, que después se ha visto que era sarcomatoso de ambas parótidas rellenando toda la faringe, y viniendo á complicar la ansiedad respiratoria. En este enfermo hice la trepanación el 21 de enero, y le dí de alta el 20 de febrero; después de la operación desaparecieron los fenómenos objetivos, y el enfermo pudo abrir los ojos. La operación que practiqué en los dos casos fué la clásica en estos empiemas. Una vez trepanado el seno, la mayoría de los autores se contentaban con ampliar un poquito la comunicación del seno con la fosa nasal y dejar un desagüe al exterior, lo cual daba por resultado la producción de una fístula, que era el terror de los enfermos. Para ampliar dicha comunicación, se empleaba la gubia y se pasaba el desagüe desde el mismo seno hasta la fosal nasal. Yo creo preferible ir en sentido contrario. Agrandando el calibre del conducto y con una sonda que yo he hecho á propósito, la cual tiene un agujero en donde enhebro un hilo, que tiene atado en el otro extremo el tubo de desagüe, agarro el hilo y extraigo el tubo, y soy partidario de poner éste dejando un trozo al exterior con objeto de poder hacer un lavado de todo el seno. En mis operados el agua del lavado salía limpia al sexto día, y aún al cuarto, en mi segundo operado.

Desagüe intermitente de pus en la caries del suelo de la órbita.—El Dr. San Martín: Trátase de un religioso que padecía un absceso palpebral que se abría y cerraba sucesivamente, dando desde luego á entender que el pus que contenía no era producto de una fluxión séptica ordinaria. Empleé primero los emolientes, y viendo que éstos habían corregido la inflamación y aliviado al enfermo, hice el reconocimiento y exploración con el estilete, encontrando una caries del suelo de la órbita de unos 8 milímetros de extensión; la profundidad no era grande. He operado el caso empleando el escoplo y el martillo, entre otras razones, porque la purulencia se ha mantenido aquí por la conformación anatómica de la abertura orbitaria. En efecto, si ésta no fuera tan perfecta y no formara un verdadero relieve sobre el suelo de la órbita, el pus hubiera tenido un desagüe facilísimo; pero sucedía que se formaba el pus, y como éste encajaba entre el globo ocular y el borde orbitario se formaba un depósito, y mientras el pus cabía en él, no salía, y en cuanto rebasaba dicho borde empezaba á salir. Por esta razón, he tenido que usar el martillo y el escoplo, dejando bien liso el borde de la órbita, y procurando canalizarle por la parte exterior; he levantado el colgajo, y he llegado á hacer una incisión por debajo del hueso para no lesionar el nervio subórbitario; inmediatamente después he cosido este colgajo, dejando el desagüe por la parte externa con un tubo de vidrio y suturando el párpado con objeto de que la retracción cicatricial, que no puede menos de sobrevenir, no produzca un ectropión. A pesar de estas precauciones, tengo mis temores de que este religioso vuelva á necesitar nuevo tratamiento; pero no será porque yo haya dejado de pensar en las condiciones y consecuencias de la lesión que padece.—Codina Castellví.

UNIV. OF CALIFORNIA

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Extracto de la sesión del día 25 de Abril de 1900.

Diagnóstico de la difteria. — El Dr. Gutiérrez se levanta para hacer una aclaración. La fantasía del Dr. Benítez, dice, hace ver los casos distintos de como yo los expuse. El caso por mí citado se podía diagnosticar y lo diagnostiqué clínicamente de angina catarral; pero, el padre, persona muy ilustrada, quería una afirmación más categórica y por eso llamé al Dr. Llorente. Hay que recordar que estaba bajo la mala impresión del sobrinito muerto de difteria y que difteria había en el punto de donde habían llegado.

El Dr. Benítez recordó que el principio de la actual discusión científica referente al diagnóstico precoz de la difteria y á la conducta que el médico debía seguir al tratar los casos de diagnóstico clínico dudoso, fué motivado por las historias clínicas que hizo en las sesiones anteriores, correspondientes á tres enfermos de su clientela, y de las que dedujo algunas consecuencias tanto de orden científico como de orden social; pero como al relatar el tercer caso aludió al compañero que continuó tratando al enfermo sin que se llegara á hacer diagnóstico microbiológico y dicho compañero le había contestado por escrito esclareciendo lo sucedido y asegurando que su opinión científica estuvo en todo conforme á lo sustentado por él, concluyó considerando que si ninguno de los dos había tenido la culpa de que sus consejos dejaran de seguirse por la familia del enfermito, ningún cargo podía hacerse al compañero que le sucedió; por lo que si de este caso no podían sacarse ya deduciones de orden moral debidas á las relaciones sociales de médicos entre sí, podían deducirse en cambio, y no pocas, de las habidas entre médicos y clientes, aunque no consideró oportuno hacerlas en aquel momento.

En seguida se ocupó del caso relatado por los Dres. Gutiérrez y Llorente y no sólo repitió lo dicho en las sesiones anteriores, sino que reforzó su argumentación para hacer patente la sospecha de que el repetido caso pudo ser de difteria curada espontáneamente, puesto que hoy es sabido que esto puede suceder y sucede con relativa frecuencia, como demuestra el microscopio, ya que clínicamente el diagnóstico es muy difícil y á veces imposible.

El Dr. Roca: Como no está el Dr. Llorente yo daré algunos detalles del caso: Cuando dicho Dr. Llorente fué llamado, el enfermito estaba con ligera inflamación faríngea y algo de exudado, por cuyo motivo aún no creyendo diftérico el caso se procedió á practicar la oportuna siembra cuyo análisis al día siguiente demostró la existencia del bacilus de Klebs Loëffler.

En atención á ello el Dr. Llorente provisto del suero y demás fué á ver al enfermito con ánimo de inyectarle, pero habiéndole encontrado en estado casi de completa normalidad faríngea, esto es que habían desaparecido las ligeras manifestaciones que hacían sospechoso el caso, desistió de toda aplicación de suero.

De modo que si el Dr. Benítez quiere, puede concedérsele que padecía difteria el enfermito el día anterior y que había desaparecido al día siguien-

te, ya que sólo entendemos por difteria el estado anómalo del organismo resultante del conflicto entre el bacilus diftérico y el propio organismo.

Ya que el Dr. Benítez me dispensó el honor de sacar á discusión mi tesis de Doctorado, lo que le agradezco, si bien lamentando no la leyera con más detención, pues ni digo que con la tindalización durante dos horas á 59° ó 59 ½ desaparecen en absoluto los exantemas y artropatías, ni digo que se prepara así en el Instituto Microbiológico de Madrid.

Lo que sí hago constar, que el suero tindalizado según el método de Spronch ó sea sometido á 60°, durante veinte segundos disminuyen las erupciones post seroterápicas pero no las artropatías sobre las que no he notado modificación alguna con el suero tindalizado.

El Dr. Gutiérrez: Si Bretonneau y Trousseau hubieran tenido que recurrir al microscopio para diagnosticar anginas, no existiría la patología infantil. Yo creo que hay cuadros clínicos completos. En el caso de este niño había puntos blancos en la amígdala izquierda que al día siguiente formaba placa, pero no la perlada de la pseudo-membrana diftérica, que no tenía 37°,6, cuyo estado general no correspondía á un estado infeccioso porque los fenómenos locales son muy breves. Por eso no me opuse á la opinión del padre, que desaparecieron los exudados con una fórmula de borato-clorato y bromuro potásico. El Dr. Llorente me dejó la nota de que ya he hablado. Yo no he visto anginas diftéricas que se curen como éstas en setenta y dos horas sin más caracteres que los que tenía este niño.

El Dr. Benítez contestó al Dr. Gutiérrez que por lo que acababa de oirle sacaba en consecuencia que únicamente había querido hablar de las difterias malignas, formas clínicas, efectiva y magistralmente descritas por Trousseau y tantos otros, antes de conocerse el bacilo de Klebs Loëffler; pero repitió lo necesario que era distinguir estas formas de difteria de otras más benignas ó atenuadas, con síntomas locales insignificantes, así como las formas frustadas, ya admitidas por Trousseau y las que localmente se manifiestan por puntos ó membranas pudiendo ser éstas primitivas ó forma consecutiva á la anterior. En corroboración de sus apreciaciones recordó los casos clínicos por él observados y las autorizadas opiniones de Trousseau, D'Espine y C. Picot, Sevestre, Martín, Nil Filatow y otros, y concluyó diciendo que todo caso de angina con exudado blanquecino cualquiera que fuese su forma, con infarto ganglionar grande ó insignificante con ó sin fiebre, fuera la que quisiera la impresión clínica, siempre que por el examen microbiológico se demostrara la presencia del bacilo de Klebs Loëffler debiera diagnosticarse de difteria.

El Dr. Roca: Tiempo atrás se creía que existía el bacilus pseudo-diftérico en la boca de los niños, pero mejor estudiado el asunto, se ha demostrado que podía existir el bacilus diftérico en la boca de algún niño sano, cuyo bacilus inyectado á un cavia ú otro animal produce la difteria. En otros casos se ha confundido con el bacilus coli-communis que tanto abunda en el aparato digestivo y que se distingue perfectamente del de Klebbs Loëffler tanto por su forma como por su coloración.

En cuanto á los cuadros clínicos de Trousseau y Bretonneau son dignos de admiración para la época en que fueron escritos, pues aquellos ilustres maestros desprovistos de los modernos aparatos de investigación y de las

recientes conquistas bacteriológicas, sólo diagnosticaban la enfermedad en el período que podríamos llamar de estado, período en que el suero suele ser impotente en muchos de estos casos, mientras que inyectado oportunamente deben curarse todos. De modo que con perdón de dichos maestros nos atrevemos á decir que tales descripciones clínicas pueden ocasionar de un modo indirecto la muerte de inocentes criaturas.

En cuanto á bacilus corto y largo no tiene importancia tal carácter ya que varía su tamaño según el medio de cultivo, período de segmentación etc., y el mismo Martín ha demostrado que lo mismo se obtienen toxinas potentes de los cortos que de los largos.

El Dr. Robert : No me cansaré de repetir que en todo caso de duda, á la menor sospecha de difteria, el médico debe practicar *siempre* una inyección de suero. *Inyectar primero* y *analizar después*, esta es la máxima de Roux, con cuya práctica se gana el tiempo y se salvan vidas. Además insisto en que el suero antidiftérico es un medio de diagnóstico *infalible* como lo vengo observando desde el año 1895.

Me asocio enteramente á la conclusión del Dr. Benítez referente á la cartilla que podía ilustrar á familias y médicos, porque todo lo que sea enseñar y divulgar constituye un progreso digno de aprobación.

En cuanto á microbios, chicos ó grandes, delgados ó gruesos, no basta con verlos en la platina del microscopio, en el mundo microbiano pasa lo que entre los humanos ; hay hombres de bien y caballeros perfectos que no se distinguen por su aspecto del hombre malo que es un canalla : á estos se les juzga y conoce por sus hechos y á aquellos por su virulencia.

A este propósito recordaré un hecho citado aquí en mi discurso inaugural tres años há: Estando en el Congreso Ginecológico de Ginebra del año 1896 con varios de los socios que me escuchan en el Laboratorio del Dr. Masol, ví morir un cobaya en menos de treinta horas con el cultivo faríngeo de un niño que había padecido una angina diftérica curada por el suero seis meses antes. Era este un hijo del Dr. Golay, de Ginebra, quien hacía una siembra cada quince días de las mucosidades de la garganta del niño antes de reunir á éste con sus hermanos.

Por las noticias que tuve después, este niño curado y *sano* clínicamente hablando, conservó durante más de año y medio en sus fauces el microbio de Klebbs Loëffler, *virulento*.

De todos es sabido, que la semilla es *una*, que fructifica y se desenvuelve según la clase de terreno más ó menos abonado para su desarrollo, y el doctor Roca que ha nombrado hace un momento al Dr. Martín, no ignora que éste obtiene toxinas perfectas con toda clase de *microbio diftérico*.

Por lo tanto, yo entiendo que el laboratorio es uno y la clínica es otra, debiendo siempre el práctico aprovecharse de ambos en beneficio de su enfermo, sin olvidar, en medio de las múltiples manifestaciones que puede presentar el diftérico que siempre debe dominar el juicio médico.

El Dr. Gutiérrez : Hablo á propósito de la afirmación que acaba de hacer el Dr. Robert. Supóngase que llegamos en mi caso cuando declina la enfermedad, le inyecto, cura y me quedo con la duda de si es difteria ó no es difteria. Por lo tanto, no siempre sirve el suero para diagnosticar y el Dr. Robert debe decirnos cuándo debemos aplicarle y cuándo no.

El Dr. Robert: Sabido es según Berhing, que el suero es un medio curativo y preservativo que siendo además completamente inócuo, puede administrarse no solamente en los casos benignos que *curan* ó *curarían* solos, sino que también se emplea para inmunizar á niños sanos.

Por ejemplo, en una familia que tiene un diftérico cuidado por su madre, estando ésta lactando á otro niño, es prudente inmunizar al mamón.

El Dr. Benítez consideró un exceso el de inyectar con el objeto de inmunizar á los niños recién nacidos y lactados por su madre, aunque ésta estuviese prestando sus cuidados á otro diftérico; primero, porque la difteria, según dijo el Dr. Llorente no es tan contagiosa como parece; segundo, porque los niños de pecho están menos expuestos al contagio y observándoles cuidadosa y diariamente siempre podrían ser tratados en tiempo oportuno, y tercero, porque teniendo en cuenta el poco tiempo que dura la inmunización sería preciso repetir las inyecciones varias veces puesto que el peligro al contagio podría durar mucho más que el de inmunización al poder quedar en la garganta de los enfermos bacilos más ó menos virulentos durante nueve meses como demostró Fibiger en un caso ó durante trescientos sesenta y dos días como demostró Golay en otro.

El Dr. Robert: Para demostrar que el suero sirve para diagnosticar, recuerden ustedes el caso de la hija del Dr. Juan Pérez citado en sesión anterior. Muchas horas antes de examinar el cultivo afirmé que se trataba de difteria.

En cuanto á la inmunización de los niños de pecho no es exagerada, teniendo en cuenta las condiciones manifestadas, porque en niños de pocos meses, es preferible evitar y como la lucha diftérica es de pocos días ó una semana en general, basta para dichos pequeñuelos con una corta cantidad de suero y una sola inmunización.

Siendo universal la creencia que la inyección preventiva procura una inmunidad durante quince á veinte días.

El Secretario de actas.
Ruperto Sánchez

PERIÓDICOS

De la osteo-periostitis reumática y su tratamiento por el masaje.—En la *Revista de Medicina, Cirugia y Farmacia*, de Barcelona, publica el Dr. Vendrell el artículo siguiente:

«El reumatismo en sus distintas localizaciones, no se olvida de atacar al tejido óseo y periostio, dando lugar á una forma particular de osteo-periostitis, que, habiendo llamado la atención de Gosselin, ha sido descrita más tarde por Ollier y otros autores modernos.

Esta enfermedad, en los actuales tiempos, constituye una entidad patológica, lo mismo que la artritis reumática, pudiendo radicar primitivamente en cualquier punto del esqueleto con ó sin artritis concomitante, ya en las diáfisis ó epífisis, lo mismo en los huesos cortos y planos que en los largos.

Presenta como modelo para deducir consideraciones sobre esta enfermedad, el referente á M. G., de veintiún años de edad, italiano y marino de profesión; fué presa de intenso dolor en el pié derecho, ingresando en el hospital; del interrogatorio del enfermo no pudieron deducirse otros datos que frecuentes mojaduras como causantes de su intenso dolor. A la inspección presentábase el pié muy edematoso y de consistencia pétrea, imposibilitándole completamente la marcha. Notábanse también muy doloridos los metatarsianos y maléolos, sobre todo el externo, y además focos de fluctuación diversos y muy marcados éstos, por encima de los metatarsianos y debajo de la terminación inferior del peroné. Sujetósele á tratamiento oportuno y á los tres meses quedó curado.

Otra observación se refiere á un sujeto de veintitrés años, jornalero, quien después de una gran mojadura sintió casi á raiz del hecho un dolor muy intenso que invadía su pié derecho, mitigándose luego algún tanto á beneficio de un tratamiento adecuado, para reproducirse más tarde con mayor intensidad. Al examen local, notábase abultamiento considerable del pié, y con tal grado de extensión, que tenía la forma de pié equino, además desarrollo extraordinario del maléolo externo y fluctuación en la parte antero-inferior del mismo. El dolor era tan intenso que le impedía en absoluto la marcha, localizado éste sobre todo en el maléolo externo, ligamentos peroneo-calcáneo, peroneo-astragaliano anterior y metatarsianos.

La anatomía patológica de estas lesiones da como primera escena una hinchazón más ó menos extensa de los tejidos que circundan al hueso, la cual tenemos que suponer debida á la hipertrofia de las extremidades óseas cuando la lesión ha empezado por artritis reumática primitiva y entonces el abultamiento es debido no sólo á la inflamación del hueso y periostio, sino además al derrame seroso que se produce dentro de este último. El aumento de volumen del esqueleto se debe atribuir á una infiltración serosa más ó menos abundante fraguada en las mallas del tejido celular periostal; reconociendo por causa una condensación del tejido conjuntivo por inflamación del mismo. De aquí se desprende que los capilares sanguíneos y linfáticos aprisionados por el proceso inflamatorio, retienen en su interior los líquidos que por ellos atraviesan, vienen fenómenos de diapedesis, y de ahí el derrame seroso, revelándose á veces por intensa fluctuación, como ocurría en los casos citados.

Esta afección reconoce casi siempre por causa el frío húmedo, cuando es protopática, y en caso contrario es consecutiva las más de las veces á artritis reumáticas, localizándose sobre todo en los adultos, en la diáfisis.

Empieza por tumefacción difusa alrededor del sitio afectado, hay aumento del calor é hinchazón; dolor espontáneo á la presión, pero no existe éste en estado de reposo, ni se presenta por la noche, ni muchas veces en la marcha, por más que los dos casos anteriores estaban privados en absoluto de deambular, tal era el intenso dolor que aquejaban. Estos síntomas van precedidos casi siempre de escalofríos y luego elevación térmica que se repite de cuando en cuando. Además hay en ciertos casos sitios de fluctuación muy manifiesta. Para llegar al diagnóstico hay que tener en cuenta que no coincidan los citados síntomas con sífilis, tuberculosis, traumatismo, etc., más bien guardarán relación con un ataque de reumatismo ó con la acción

del frío húmedo. Se diferencia esta afección de la medulitis en que en esa los dolores son más intensos y más profundos, sin hinchazón del hueso. La periostitis simple también está caracterizada por dolor y tumefacción, pero más superficial esta última. De la sífilis se diferencia porque no hay dolores nocturnos y faltarán los antecedentes.

Estas afecciones son de *curso* lento, dando lugar de cuando en cuando á accidentes subagudos, y terminan por resolución, como puede observarse en los casos anteriores á favor de un tratamiento oportuno; pero á poco que se abandonen acentúanse los fenómenos flojísticos para determinar pronto supuraciones osteo-periósticas y con ellas la pérdida del miembro.

El *pronóstico* está subordinado en general al tratamiento que se ponga en práctica. Por medio del *masaje* se puede hacer en general un pronóstico sumamente benigno; con otros tratamientos no se hará más que divagar y exponer al individuo á que termine por la amputación.

El Dr. Esquerdo, entusiasta del masaje en estos casos y en muchísimos otros, indicó se practicara éste, seguido de inmovilización primero y vendaje compresivo más tarde.

Procedió el Dr. Vendrell de la manera siguiente: Previo baño caliente, que sirve de limpieza á la par que activa la circulación, practicó la primera sesión de masaje, después de lo cual aplicó un vendaje inamovible de yeso en forma de media caña. Este vendaje tiene la ventaja de ser de quita y pon, no pesa mucho y facilita la marcha del enfermo sirviéndole de punto de apoyo. Las sesiones de masaje precedidas siempre de baño, se repiten diariamente y luego en días alternos, lográndose con ellos disminución de exudados y retorno de todos los tejidos á su funcionalismo normal. Cuando la curación toca ya á su término, suprime el vendaje de yeso, hace otro compresivo y sigue con él y masaje hasta dar fin al proceso patológico, que si bien muchas veces era sorprendido por el bisturí, hoy por el reconocido valor terapéutico del *masaje* se cura con una sorprendente facilidad.

Un caso de úlcera callosa curada por el estiramiento de nervios. — El doctor Otero Acevedo publica en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, el siguiente caso, recaído en María J., de cincuenta y cuatro años de edad, casada, vendedora de frutas. Refiere que no ha padecido enfermedad alguna; que en los embarazos se le han hinchado las piernas, y que tal hinchazón ha persistido después del último parto; dice que por las tardes se le abultan más, y que por la mañana y con el descanso de la noche se alivia de su molestia. Atribuye la hinchazón al mucho tiempo que tiene que estar en pié.

Como antecedentes del padecimiento actual, refiere que hace tres años se dió un golpe en la pierna izquierda, poniéndosele amoratada y sumamente dolorosa; que tres ó cuatro días después apareció en el sitio del golpe una vegiguilla, reventó dejando un fondo encarnado vivo que segregaba una aguaza amarillenta, y que esa úlcera, en vez de cicatrizar, fué haciéndose más extensa cada día.

En este estado, y después de tres años de padecimiento, presenta la pierna derecha, sumamente gruesa, está algo edematosa, vénse várices al nivel del borde posterior del maléolo interno y en la parte infero-interna del

muslo. En la pierna izquierda, el pié tiene doble volumen que el derecho, deformados los dedos, parecían chorizos. A nivel del tercio medio de la pierna, veíase una superficie ulcerada que rodeaba toda ella, menos en su parte anterior, donde había un puente de piel que no pasaría de 3 centímetros de ancho. La altura de la ulceración en toda su extensión pasaba de 10 centímetros; la profundidad, de 3 á 4 milímetros. Bordes callosos atónicos, fondo blancuzco y sucio, poca secreción por la mucha limpieza de la enferma, y sembrados acá y allá, como islotes de epidermis nueva.

Dice la enferma que la ulceración sufre grandes oscilaciones en su marcha; que unas veces parece que va á cicatrizar por alguno de sus bordes, pero se extiende y se hace mayor por otro; que otras comienza á cicatrizar por un punto y, sin causa conocida, la cicatrización se detiene y se ulcera de nuevo; á tal punto, que desespera de verse curada, porque nunca fué tan grande la llaga.

Propuesta y aceptada la operación, procedió á ella el 15 de noviembre del año 99, siguiendo, en parte, la técnica de Chipault. Hizo en la misma sesión estiramiento del *safeno interno* á su salida del anillo fibroso, y del *ciático-poplíteo externo* por detrás de la cabeza del peroné. No tocó á la ulceración, porque no hubiera tenido piel para hacer sutura, dada la enorme extensión de la superficie ulcerada. Lavado antiséptico escrupuloso y apósito algodonado, con la aplicación de un vendaje compresivo. Dos días después, purgantes drásticos. A los cinco días levantó la cura: cicatrización, por primera intención, de las heridas operatorias. La ulceración no había cambiado gran cosa de carácter: siguió con la cura de limpieza, elevación de la pierna y los purgantes cada dos días. A las tres semanas se notaba un aumento considerable de epidermización en los bordes de la úlcera, y alguno que otro punto de epidermis en la parte central de la llaga. A los dos meses, la enferma se levantaba de la cama con la ulceración cicatrizada en su mayor parte, puesto que apenas si quedaba una superficie como de 2 centímetros en la cara posterior de la pierna. Está completamente curada, presentando en el lugar de la ulceración una ancha superficie, brillante, de color nacarado y algo azul, sin depresión notable, prueba del abundante crecimiento de mamelones carnosos.

El edema desapareció desde los primeros días; y las várices, antes visibles y palpables, que surcaban la pierna y el pié, se han curado también.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del dia 19 *de Junio de* 1900.

Desinfección de los pozos por el permanganato de potasa. — El Dr. Delorme ha empleado en los pozos del campo de Chalons, dos procedimientos de desinfección:

1.° Desinfección por el vapor bajo presión;

2.° Desinfección química por el permanganato de potasa.

El primer procedimiento le ha empleado Neisser en Alemania. Según dicho autor, este procedimiento es segurísimo, á juzgar por lo que demuestran los exámenes bacteriológicos, y tiene además la ventaja de ser rápido y barato.

Tengan los pozos poco ó nada de agua, el vapor acuoso procedente de un generador de potencia y dirigido bajo la presión de 5 atmósferas por un tubo de 22 centímetros de diámetro, provisto de orificios de 7 milímetros, eleva la temperatura del agua del pozo á 95° después á 110°, y tarda veinticuatro horas en descender á 55°.

El Dr. Delorme sólo ha conseguido elevar la temperatura á 20 ó 30°. Vista esta ineficacia, pensó emplear para la desinfección de los pozos el permangato potásico de uso corriente en cirugía.

Según el Dr. Schipilog, una disolución de permanganato de potasa de 5 á 10 centígramos por litro de agua, no sólo destruye al oxidarla toda substancia orgánica, sino que esteriliza con seguridad el agua, matando los organismos vivos. Para conseguir este resultado se necesita obtener un color rosado, persistente, durante media hora. Se forma un compuesto morenuzco obscuro de óxido de manganeso completamente inofensivo, que es fácil separar, añadiendo al agua carbón machacado.

El Dr. Delorme empleó el procedimiento siguiente: Calculó la cantidad de agua contenida en los pozos que era necesario desinfectar, precisó la cantidad de disolución saturada de permanganato potásico que era necesario verter en el agua de los pozos, la vertió en ellos, y media hora después arrojó al pozo á puñados el contenido de un saquillo, es decir, carbón machacado y arena fina desinfectada á la estufa, mezclados en la proporción de $^1/_4$ de carbón por $^3/_4$ de arena.

Al los tres ó cuatro días la desinfección era completa, el carbón se había precipitado y el agua estaba clarificada; extrajo una muestra con las precauciones necesarias, agotó los pozos para que desapareciera todo residuo del antiséptico; y cuando el análisis bacteriológico prolongado durante un

mes demostró que el número de microbios era insignificante y que los que existían eran inofensivos, el agua fué declarada buena para beber.

El agua de los pozos tratada por este procedimiento, contenía sólo 150 microbios por centímetro cúbico, cuando antes contenía 112.160 y muchas especies eran pútridas.

Uno de los inconvenientes del permanganato de potasa, el que ha impedido la generalización del empleo de esta sal para desinfectar el agua destinada á bebida, es la presencia de la potasa en las aguas.

En estos casos, en vez del permanganato potásico, se puede emplear el de cal.

Un caso de rabia en un niño de nueve años. Tratamiento en el Instituto Pasteur. Muerte. — El Dr. Lemaistre comunicó á la Academia el caso siguiente: Un niño de nuevo años fué mordido en la mejilla derecha por un perro rabioso, que le hizo una desgarradura de 4 á 5 centímetros. Al día siguiente, el mismo perro mordió á un hombre, haciéndole una heridilla superficial. Declarado rabioso el perro, los dos enfermos fueron trasladados al Instituto Pasteur. Al hombre se le hicieron 17 inyecciones antirrábicas en diecisiete días y no tuvo novedad. Al niño se le hicieron 8 inyecciones en dos días, despnés 4 en dos días, y por último una diaria hasta el vigésimo primero día. Volvió á su casa, y á los doce días se presentaron síntomas de rabia que ocasionaron la muerte nueve días después.

Imbuído en las ideas de Jenner, dice el Dr. Lemaistre, admito la virtud profiláctica de una primera inoculación de viruela ó varioloide contra los ataques ulteriores de estos virus, y creo que lo mismo sucede para las demás enfermedades infecciosas. No intento conocer cuáles son las causas que producen estos efectos. Explico el fenómeno por una fuerza protectora original á cada individuo, casi siempre mínima al nacimiento, pero que el menor ejercicio desarrolla de un modo extraordinario, y que es tanto más potente, cuanto más temible es el agente que ha de combatir. Procuro, en una palabra, combatir la enfermedad por la economía, aumentando su fuerza de resistencia, mientras que otros pretenden neutralizar la enfermedad por antitoxinas, por antídotos, de igual manera que se neutraliza la sosa por el ácido clorhídrico *in vitro*.

Pasteur, al principio, no buscaba para la rabia una antitoxina. Pretendía atenuar su virus por el paso á través de especies diferentes, y lo consiguió. Pero tenía otro objeto: precipitar la evolución de una rabia mitigada en el hombre; ¿lo consiguió? El caso de mi enfermo es una prueba en contrario.

Aunque no me atrevo á decir que el virus rábico, mitigado, inyectado á un niño en el período de incubación de la rabia, ha podido serle nocivo, me permito, no obstante, manifestar que jamás aconsejaré inocular la vacuna á un individuo que padezca varioloide.

Creo que no se me podrá decir que el niño se sometió tarde al tratamiento antirrábico.

El Dr. Nocard: Antes de Pasteur, de 100 personas mordidas por perros rabiosos, 15 cuando menos, morían de rabia. Hoy, de 25.631 personas tratadas en el Instituto Pasteur hasta 1898, sólo han muerto 99, ó sea el 0'45 por 100. Tal es el resultado obtenido. En estos años últimos, la mortalidad

ha descendido á 0'03 por 100, es decir, que de 150 personas condenadas á morir de rabia, se han salvado 147.

La estadística del Instituto Pasteur comprende tres categorías: en una se inscriben las personas mordidas por perros cuya rabia se ha demostrado experimentalmente; en la segunda, las que son mordidas por perros cuyo estado rábico afirma el certificado de los veterinarios; en la tercera, las mordidas por perros sospechosos. Hasta 1898 se han tratado 2.025 personas de la primera categoría, y sólo han muerto 6; la proporción de los fracasos es, por lo tanto, de 0'296 por 100.

La eficacia del tratamiento antirrábico es innegable.

Pero se dirá: Si el tratamiento es eficaz, ¿por qué no lo es siempre?

No es posible responder con exactitud á esta pregunta. Pero hoy se conocen algunos hechos importantes relacionados con este asunto.

Las personas que mueren á pesar de un tratamiento intenso empleado á tiempo y en buenas condiciones, tienen casi siempre algún estigma nervioso. Son degenerados, sifilíticos, epilépticos, alcohólicos. Su sistema nervioso es un terreno preparado admirablemente para el cultivo del virus rábico, y el tratamiento es impotente para evitarlo.

Otra clase de víctimas es la que se exponen al frío poco después del tratamiento. El frío ejerce una influencia funesta en el desarrollo de la rabia según se ha observado en el hombre y experimentalmente en los animales.

La observación del Dr. Lemaistre, demuestra de un modo fehaciente la impotencia de los lavatorios antisépticos para destruir en la herida el virus inoculado. Con la cauterización acontece lo mismo. Si la herida fuera completamente superficial y el hierro candente se aplicara en el momento de la mordedura, el virus sería destruído. Pero, por lo general, cuando se cauteriza la herida, ha transcurrido el tiempo más que suficiente para la absorción del virus.

Creo y repito una vez más, que el tratamiento antirrábico es completamente inofensivo y de eficacia admirable, porque gracias á él, de 1000 personas mordidas, sólo han muerto de rabia 3, cuando sin él, el número de víctimas excedería de 150.

El Dr. Leblanc: El hecho referido por el Dr. Lemaistre, no es único, y su admiración prueba que no ha leído las estadísticas del Instituto Pasteur. El principio que invoca, es innegable, á saber: que un animal que está á punto de padecer rabia, no puede preservarse de ella por vacunación ó inoculación tardía, pero la práctica demuestra que es ventajoso inocular ó vacunar preventivamente en muchos casos. Tomemos como ejemplo el carbunclo bacteridiano (sangre de bazo); cuando se vacuna un rebaño atacado de esta enfermedad, se observa que entre la primera y la segunda inoculación mueren algunos animales, y hasta que después de la segunda se observan casos aislados; pero la masa de los animales resiste, cuando no haciendo las vacunaciones, las pérdidas serían de 30 á 40 por 100. El mismo resultado se ha obtenido con el método de Arloing en el carbunclo sintomático. En los establos donde reina la pneumonía contagiosa, la inoculación del virus, según el procedimiento de Willens, no salvará todos los animales ya contaminados, pero preserva una parte. Esto es exacto también para la rabia, y debe

explicarse en virtud del principio de que los fracasos se observan en todos los países.

El Dr. Lemaistre: Creo firmemente en la acción preventiva de los virus, siempre que se administren cuando menos doce días antes del ataque.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 13 *de Junio de* 1900.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal. — El Dr. Tuffier: En este tratamiento el hecho que está en litigio es el siguiente: ¿Debe hacerse el cateterismo uretral en todos los casos de tuberculosis renal para hacer el diagnóstico de la unilateralidad de las lesiones? Yo no lo creo, y mis observaciones lo prueban. De nueve casos de nefrectomía practicados con éxito y sin cateterismo anterior, todos los resultados fueron buenos, lo cual prueba que he podido pasar sin cateterismo. Es necesario fundarse, sobre todo, en el examen físico y químico de la orina de las veinticuatro horas; sin embargo, el valor matemático de los riñones es difícil de obtener. No creo que el cateterismo ureteral sea inofensivo, sino que puede ser peligroso y á pesar de esto lo empleo algunas veces cuando no puedo evitarlo.

El Dr. Routier: Las indicaciones en la terapéutica renal son las mismas que las de la cirugía general. Lo importante es conocer el estado del riñón del lado opuesto; para ello, el cateterismo ureteral puede prestar grandes servicios. Sin embargo, á pesar de los perfeccionamientos que el Dr. Albarrán ha aportado á este método, éste no está todavía al alcance de todos los cirujanos. Dicho cateterismo es con frecuencia difícil, pero nunca he observado accidentes después de haberlo practicado. Para la tuberculosis renal soy muy poco intervencionista al principio, mientras el diagnóstico es difícil; pero cuando existe un gran riñón tuberculoso ó la pionefritis tuberculosa, hago la nefrectomía; he practicado siete operaciones de este género y he tenido dos muertos. De todos modos, la nefrectomía es preferible á la nefrostomía que siempre deja fístulas.

El Dr. Ricard: He hecho cuatro nefrectomías por tuberculosis renal y he obtenido cuatro éxitos.

El Dr. Albarrán: ¿Es necesario extirpar lo más pronto posible un riñón tuberculoso cuando el del lado opuesto está indudablemente sano? En mi opinión debe contestarse por la afirmativa. En efecto; creo que la tuberculosis renal es con frecuencia la primera lesión en la tuberculosis urinaria; así se ven frecuentemente lesiones descendentes. Por otra parte, la tuberculosis renal cura excepcionalmente. Luego si se interviene muy tarde, se está expuesto á hacer una operación inútil.

Quistes hidatídicos del abdomen.—El Dr. Mignon: Trátase de un soldado, de veinticuatro años, con un tumor abdominal líquido y con alteraciones urinarias caracterizadas por la poliuria. Hice el diagnóstico de quiste retro-peritoneal de la pelvis menor. Practiqué la laparotomía y ví que se trataba de un

quiste hidático; se vació, se hizo la ablación de la membrana germinativa, el raspado de la bolsa y después el capitonaje, y por fin, se cerró aquella; en el tegido subperitoneal había tres quistes pequeños exógenos. Un mes después de la operación se obtuvo la curación por parte del abdomen; pero como había un hígado aumentado de volumen se quiso de nuevo operar al enfermo por su quiste hepático. Desgraciadamente, el enfermo sucumbió una vez cloroformizado, en el momento en que se iba á comenzar la segunda operación. A la autopsia se encontraron quistes hidáticos del hígado yuxtapuestos pero sin comunicación. Además, había numerosos quistes en el epiploón, diafragma, riñón y tejido celular subperitoneal.

Nuevo procedimiento de rinoplastia.—El Dr. Nélaton: Es sabido que para la restauración de la nariz los métodos italiano, indiano y francés, son juzgados como insuficientes cuando hay pérdida del esqueleto. A pesar de los nuevos procedimientos operatorios, debidos á diversos cirujanos, siempre es necesario emplear un soporte que no está exento de inconvenientes. En un enfermo que presento he podido rehacer el esqueleto óseo y creo que esto será siempre posible mientras queden en la raiz de la nariz seis milímetros de tejido óseo cuando menos. El procedimiento que he empleado consiste en cortar un colgajo cutáneo en la frente, cortar con la sierra dos láminas óseas en los maxilares destinadas á formar la armadura ósea que cubrirá el colgajo cutáneo; se toma un pequeño colgajo osteo-perióstico en el frontal y se trasplanta á la raiz de la nariz para atenuar la concavidad de esta región. Mi enfermo, operado por este procedimiento, presenta una nariz á la Roxelane que le permite sonarse y que no tiene mal aspecto.

Cisticerco de la retina. — El Dr. Galezowski: Trátase de un enfermo sin antecedentes sifilíticos ni constitucionales y con alteraciones de la visión desde hace algunos meses. Dichas alteraciones son debidas á un cisticerco situado en la mácula el cual levanta la retina. Estos hechos son raros en Francia, son más frecuentes en Alemania y en Inglaterra. En Francia no se conocen más que unas cinco observaciones. Me propongo operar al enfermo, incindiendo la esclerótica y ensayando la extracción del cisticerco.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesiones del 10 *de Abril y* 8 *de Mayo de* 1900.

Intubación en el sarampión.—El Dr. Sevestre: Todo el mundo está conforme, en caso de disnea en un sarampionoso, con ó sin difteria, en emplear hasta los últimos límites posibles los medios medicinales (bromuro, codeina, éter, envolturas frías aplicadas al tórax, etc.), no recurriendo á la intervención quirúrgica hasta que se presentan accidentes asfíxicos que ponen la vida en peligro. Las indicaciones varían naturalmente en cada caso y el práctico puede elegir según las circunstancias, entre la intubación y la traqueotomía practicada desde luego después de fracasar la intubación. Clasifico los casos que he observado en dos grupos: en el primero incluyo los casos de sarampión

solo ; en el segundo los de sarampión complicado con difteria. Aconsejo la intubación fundándome en mis observaciones. El Dr. Netter reprocha á la intubación producir ulceraciones laríngeas ó traqueales, pero creo que no son una complicación imposible de evitar sino que es posible prevenirlas empleando tubos de poco calibre y dejándolos aplicados sólo tres ó cuatro días. Se culpa también á la intubación favorecer la bronco-pneumonía ; pero lo mismo puede decirse de la traqueotomía. Además, hágase la intubación ó la traqueotomía, la bronco-pneumonía existe ya muchas veces antes de intervenirse y los enfermos sucumben con más ó menos rapidez. En resumen, soy partidario de la intervención; pero no dejo aplicado el tubo más que tres ó cuatro días. Si pasado este tiempo el enfermo no mejora de sus accidentes disnéicos, recurro á la traqueotomía.

El Dr. Ausset : Los accidentes laríngeos del sarampión deben dividirse en tres clases : espasmódicos, edematasos y diftéricos. En los primeros se emplearán los medios medicinales contra el espasmo, causa de los accidentes asfíxicos, y se contemporizará hasta el último límite antes de recurrir á la intervención quirúrgica. En estas condiciones, cuando se trata de una laringitis pre ó post-sarampionosa practico la intubación y dejo aplicado el tubo durante veinticuatro horas, empleándolo de nuevo, si es necesario, el mismo tiempo. Si este medio es ineficaz recurro á la traqueotomía. En las otras dos categorías de casos es conveniente también la intubación. Las falsas membranas que tapizan la laringe la protegen contra la ulceración. El tubo debe ser corto y permanecer aplicado poco tiempo.

El Dr. Guinon : El Dr. Netter es el único adversario de la intubación en los accidentes de que se trata.

El Dr. Sevestre : Las ulceraciones consecutivas á la intubación son más frecuentes en las laringitis simples que en las diftéricas, á causa de la acción protectora que ejercen las falsas membranas en estas últimas.

Endo-pericarditis en la fiebre tifoidea.—El Dr. Guinon refirió un caso de endo-pericarditis en el curso de una fiebre tifoidea. La enferma, joven de quince años, no presentó antes de su enfermedad signo alguno de afección cardíaca. La complicación principió al tercero ó cuarto día de su enfermedad por disociación de la temperatura y del pulso, opresión y un ruido pericardíaco al que siguió un soplo de endocarditis mitral. La enferma curó después de cincuenta y dos días de fiebre y de tres recaídas sucesivas. Se emplearon al principio los baños tibios, pero fueron mal tolerados.

Pericarditis aguda en un caso de difteria con crup.—El Dr. Froin : Un niño fué conducido al hospital con fenómenos asfíxicos que exigieron la intubación inmediata. La operación fué bastante laboriosa. Tres ó cuatro días después se observaron signos de pericarditis, fiebre y aceleración grandísima del pulso. Muerte rápida. A la autopsia pericarditis supurada, pleuresía purulenta izquierda (300 gramos de pus) é infiltración purulenta en el mediastino que llegaba por una parte hasta el pericardio y por la otra se prolongaba á lo largo de la tráquea hasta una úlcera debida indudablemente á la intubación. En este caso hubo infección del pericardio por extensión de una supuración peri-bronquial consecutiva á la úlcera ocasionada por la intubación.

Tratamiento de la espina bífida.—El Dr. Villemin : El tratamiento operatorio de la espina bífida se impone en ciertos casos, pero en otros el tratamiento

incruento produce resultados favorables. He empleado en un niño de dos días, muy débil para soportar una operación, y con una bolsa á punto de ulcerarse, las inyecciones de vaselina líquida iodada al milésimo, repetidas de mes en mes, aumentando cada vez la proporción de iodo. A consecuencia de este tratamiento la bolsa, al principio pelúcida y á punto de ulcerarse, se transformó en una masa compacta dura. Este método es un perfeccionamiento del de Morton que consiste en inyectar glicerina iodo-iodurada; pero como la glicerina puede mezclarse con el agua es peligrosa cuando la comunicación entre la bolsa y el conducto raquidiano es extensa. La vaselina no se mezcla con el agua y sobrenada en la superficie: teniendo cuidado que el niño permanezca echado boca abajo se impide que el medicamento penetre en el conducto raquidiano.—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del dia 12 *de Junio de* 1900.

Algunas complicaciones médicas y quirúrgicas de la piorrea alveolar. — El Dr. R. Godlee dijo que la piorrea alveolar puede ocasionar síntomas parecidos á los de enfermedades más graves. Cita los casos siguientes: 1.°, un enfermo, que había padecido pleuresía y algo de trastorno renal, tuvo expectoración roja, abundante y fétida. Como se observaran algunos signos físicos en la base derecha del pecho, se sospechó que existía en este punto una caverna; los síntomas desaparecieron con el tratamiento eficaz de las encías; 2.°, otro caso idéntico al anterior; 3.°, un enfermo padecía piorrea alveolar avanzadísima, que ocasionó glositis, estomatitis aguda y diarrea; 4.°, el Dr. Sidney Martín ha referido un caso en el que existían síntomas fehacientes del cáncer del estómago, pero desaparecieron al curar las encías. El tratamiento más eficaz de la piorrea alveolar consiste en desprender el tártaro y en irrigar las cavidades que quedan con peróxido de hidrógeno ó alguna otra substancia antiséptica ó astringente.

El Dr. Donellan refirió dos casos. En un hombre gotoso de sesenta y cuatro años, los síntomas desaparecieron por la limpieza cuidadosa de las encías. En otro hombre joven, la piorrea ocasiona infarto de los ganglios cervicales.

El Dr. G. Herman refirió el caso de una mujer operada por piosalpingitis. Durante la operación, se descubrió el estado de las encías. La temperatura, que se había atribuído á la enfermedad de la trompa, bajó á beneficio de los colutorios antisépticos.

El Dr. W. G. Spencer dijo que la piorrea alveolar, sobre todo en la mujer, suele confundirse con la faringitis crónica. Cree que conviene recomendar la limpieza diaria de los dientes, y que no es prudente extraer alguno de éstos por el peligro de la infección séptica que puede sobrevenir.

El Dr. F. D. Savill manifestó que la piorrea alveolar puede ocasionar afecciones nerviosas funcionales. En un caso de histerismo, mejoró bastante cuando se trató la piorrea; en otro de locura, no se trató la piorrea y la en-

fermedad terminó de mala manera; un tercer caso de neuralgia del trigémino con piorrea alveolar, mejoró bastante cuando se trató ésta.

El Dr. Jones dijo que en los casos moderados de piorrea alveolar no hay expectoración. Por la noche suele fluir de la boca un líquido sanguinolento que mancha las almohadas. El caso debe considerarse como de piorrea alveolar cuando sale pus al comprimir la encía. Los germicidas suelen mejorar la piorrea, pero la curación permanente es dificilísima. El tratamiento aconsejado por el Dr. Riggs, raspado de la margen del hueso, es muy lento y doloroso, y sólo produce un alivio pasajero. La enfermedad se observa también en los alimentos mantenidos en reclusión. En el pus de este padecimiento, se han encontrado bacterias numerosas, principalmente estreptococos y estafilococos.

El Dr. W. Ewart manifestó que las consecuencias de la enfermedad se manifiestan á gran distancia, y que las toxinas dentarias producen trastornos funcionales. Llamó la atención sobre algunos resultados graves de la enfermedad, entre otras, la endocarditis maligna, cuyo origen suele desconocerse á menudo.

El Dr. W. Hearn preguntó si la afección es de origen local ó constitucional. Cree que se observa á menudo en pefsonas al parecer sanas y que suele ser de origen local. Mejora con rapidez á beneficio de un tratamiento apropiado, pero no con el tratamiento constitucional solo. La causa es, de ordinario, un diente enfermo y, extrayéndole, cura la piorrea alveolar.

El Dr. W. C. Paterson refirió el caso de un enfermo que tosía y expectoraba de la parte posterior de las fauces, moco teñido de sangre. Se trataron las encías con lavatorios antisépticos y la expectoración disminuyó, cesando por completo después de extraerse los dientes.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 23 de Mayo de 1900.

Resultados del tratamiento interno de la enfermedad de Basedow.—El doctor Klemperer: Voy á dar cuenta de algunos casos de enfermedad de Basedow, que demuestran que es injustificada la pretensión de incluir este padecimiento en los que exigen un tratamiento quirúrgico, debido esto principalmente á la boga en que se halla la teoría de Möbius, de localizar el origen de la enfermedad en el cuerpo tiroides y admitir que se trata de un neoplasma de este órgano. También quiero insistir en la discrepancia que acerca de la frecuencia de esta afección se observa entre los datos de los hospitales y los de la práctica particular. En diez años que asistí á la Clínica de Leyden, ví muy pocos casos de enfermedad de Basedow; en algunas reseñas anuales del Hospital de la Caridad no se encuentra ninguno, y los que se presentaron fueron muy graves y muchos de ellos mortales. Como es natural, estos casos que se resisten al tratamiento médico, son los que se reservan al quirúrgico. En cambio, en la práctica privada son mucho más frecuentes los casos de bocio exoftálmico, y aún lo serían más si se publicaran todos los

que se observan. La estadística de Rehn, con 157 casos de curación y 20 de muerte, no prueba nada á favor de las ventajas del tratamiento quirúrgico y de la impotencia del tratamiento médico.

Tengo noticias de 81 casos de estos últimos años, y entre ellos de 5 que han sido muy bien observados desde el principio hasta el fin. El primer caso se refiere á una señora de treinta y cinco años, madre de dos hijos, y que no tenía antecedentes patológicos. El origen de la enfermedad fué positivamente una emoción intensa (el saber que su marido le era infiel). El tratamiento consistió en una cura de cebamiento que duró seis semanas, y que produjo un aumento de peso de 15 kilos. Al mismo tiempo se recurrió á las abluciones diarias, á los baños con afusiones, á la faradización de ambos lados del cuello con corrientes débiles, y al tratamiento psíquico. La mejoría fué lenta, el perímetro del bocio disminuyó de 38 y medio centímetros á 36 y medio, y la frecuencia del pulso también descendió de 128 á 140 hasta 100. La enferma se fué después á Wiesbaden. Al año y medio, la afección había desaparecido por completo. El caso segundo es muy parecido; se trata de una señora clorótica, de edad de veintiocho años, y en la que la noticia del fallecimiento de su padre, determinó la aparición de la enfermedad. Se la sometió á una cura de cebamiento de cuatro semanas; se trasladó á Liebenstein y á Cudowa, y se emplearon también la faradización y el ioduro sódico, del que llegó á tomar en total 160 gramos, pasando gradualmente de las disoluciones más débiles á las más fuertes. La curación se tardó en alcanzar dos y medio años. Caso tercero: arquitecto, de veintisiete años, que en nueve meses tomó 200 cápsulas de tiroidina de 3 decígramos cada una, con intervalos de descanso después de cada 20 ó 30 cápsulas. La curación fué completa. En este caso, la tiroidina no sólo no fué dañosa, sino que fué útil, y por lo tanto, viene á contradecir la opinión de Möbius de que la enfermedad de Basedow proviene de que sobra substancia tiroidea, y que por lo tanto, sería un desacierto dar la tiroidina, por más de que quizá exista una modificación cualitativa del cuerpo tiroides. En el caso cuarto se trataba de una mujer de veintinueve años, cuyo único hijo había fallecido. Tratamiento: ioduro sódico, faradización, permanencia en distintos sitios, y de cuando en cuando reposo en la cama Todos estos casos se curaron con tratamiento interno. En el caso quinto se trata de la mujer de un jardinero. Sus circunstancias psíquicas eran bastante complicadas; había una frecuencia de pulso de 150 á 200. La operación se llevó á cabo sin ningún inconveniente, á pesar de que la anestesia hubo de prolongarse por mucho tiempo. El pulso descendió en el acto á 90, el temblor de las manos también mejoró; pero la exoftalmía persiste, los síntomas psíquicos no han ganado gran cosa, la enferma está melancólica, duerme mal, se equivoca muchísimo al contar y presenta debilidad psíquica. En estos últimos días se ha observado algo de mejoría, pero precisamente los síntomas que provienen de los centros nerviosos son los que no han sido modificados por la operación.

Respecto á la etiología de estos casos creo, contra la opinión de Friedreich, Müller, Kraus y de otros, que las influencias psíquicas tienen mucha importancia, aunque no podamos explicar de qué modo ocasionan la enfermedad de Basedow. La curación por medios internos, se ve que exige mucho tiempo, pero debe preferirse á la obtenida con medios quirúrgicos por más

segura y menos peligrosa. La cura bromatológica es un buen auxiliar, pero no el factor esencial como lo prueba un caso publicado por Hirschlaff relativo á una muchacha que había ganado 25 libras de peso y que, esto no obstante, sucumbió de colapso cardíaco. La hidroterapia obra principalmente estimulando el sistema nervioso; pero no hay que exagerar su importancia por lo mismo que en ninguna rama de la medicina se han exagerado tanto como en ésta las conclusiones de una pseudo-fisiología. Creo que no se debe prescindir de la electroterapia, pero no me atrevo á afirmar si obra de un modo local sobre el gran simpático ó de un modo general. La tiroidina debe ensayarse siempre, pero con muchas precauciones. El tratamiento psíquico es de gran importancia. Sigo, por lo tanto, creyendo, con Eulenburg, que la enfermedad de Basedow pertenece por completo al dominio de la medicina interna.

El Dr. Ewald: En el Hospital Augusta son frecuentes los casos de enfermedad de Basedow. Tampoco creo que es firme la base teórica en que se apoya el tratamiento quirúrgico. Con los preparados de iodo, los tónicos cardíacos, la hidroterapia, la faradización, la galvanización, etc., se puede conseguir á veces curar á estos enfermos, por más que el papel principal lo desempeña la fuerza medicatriz. A mí nunca me han dado resultado los preparados de tiroidina. Un factor de mucha importancia, y que no ha mencionado Klemperer, es el cambio de clima. Yo he visto curarse con la traslación á un paraje elevado, á enfermas que no habían mejorado con ningún otro medio: tal sucedió á una señora que se fué á Arosa (1000 á 1500 metros sobre el nivel del mar).

En un caso empleé la ooforina, en otros dos una emulsión de timo. Los dos últimos casos mejoraron. La ooforina confirmó su acción aminorante del peso, puesto que hizo perder á la enferma 4 libras que recobró después.

El Dr. Senator: Soy también de los que creen que la medicación interna no es impotente en la enfermedad de Basedow y al expresarme así, me fundo en centenares de casos, tanto de la Clínica como de la práctica particular. Son frecuentes los casos en que la enfermedad se presentó á consecuencia de una emoción, que obró sin duda como causa acasional: así en una señora, esta causa fué el haber preso á su marido de noche por una sospecha infundada; en otra, el susto que le produjo un perro al abalanzarse á ella. El tratamiento quirúrgico no tiene desde luego aplicación en los casos en que no hay bocio. La teoría de la secreción anormal no se adapta á todos los casos, interviniendo también influencias nerviosas, etc.

He visto obtener resultados con la galvanización del simpático, el tratamiento dietético, la sugestión y el ioduro potásico. Lo más eficaz es el arsénico, que vengo empleando hace mucho tiempo y que ha mejorado á enfermas de la Policlínica en las que no podía pensarse en el tratamiento dietético ni climatológico.

Según un médico francés, y este es un dato muy interesante, el arsénico impediría la producción de la intoxicación con la tiroidina y la combatiría con éxito si ya se hubiese producido. Con la organoterapia no he visto resultados, ó sólo en algún caso muy excepcional. En cambio, los climas de altura prestan muy buenos servicios. Desearía saber si los cirujanos han practicado la resección del simpático, y en caso afirmativo, con qué resultado.

El Dr. Stadelmann: El caso de Hirschlaff era de mi enfermería; la enferma no murió de parálisis cardíaca, sino de síntomas tóxicos, que no se pudieron vencer á pesar de la sobrealimentación. Así como en unos casos la hiperproducción tiroidea desempeña un papel etiológico indudable, en otros no interviene para nada la glándula tiroides.

El Dr. Karewski: He practicado la extirpación del cuerpo tiroides cuatro veces, y siempre se presentó una mejoría muy acentuada. En una jóven de veintidós años, extirpé hace año y medio la mitad derecha del cuerpo tiroides, porque había al mismo tiempo síntomas de estrechez laríngea; ahora bien; no sólo desapareció esta última, sino que también desapareció por completo el bocio. Sin embargo, á los tres meses apareció aumentada la mitad izquierda y habían vuelto también los síntomas de estrechez, pero no me resolví á extirpar dicha mitad izquierda por temor de que sobreviniera la caquexia estrumipriva. Yo creo que está indicada la operación cuando el bocio es muy acentuado y no cede á los remedios internos.

El Dr. Oppenheim: He de recordar que entre los muchos casos que publiqué en mi Tratado, los hay en que la curación se sostuvo quince y hasta veinte años. En algunos casos graves, con debilidad cardíaca, etc., se consigue una mejoría notable con el tratamiento interno. No es bastante numeroso el material recogido para resolver acerca del valor que tenga la operación. En la Clínica de v. Mikulicz se han obtenido buenos resultados. La tiroidina en algunos casos produjo una agravación muy acentuada. La importancia del factor psíquico en la etiología, lo demuéstra el hecho de que es frecuente la combinación de la enfermedad de Basedow, con otras neurosis y psicosis.

El Dr. Senator: A mi juicio, el caso citado por Karewski depone en contra de la utilidad de la operación.

El Dr. Klemperer: No he pretendido hacer un estudio acabado del tratamiento de la enfermedad de Basedow, sino tan sólo referir los casos de mi práctica como prueba de que no se trata de una enfermedad que pertenece á la zona fronteriza de la Medicina y de la Cirugía. Ahora bien; creo que así ha resultado de la discusión actual. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Terapéutica de la anorexia y de los vómitos de los tísicos por el validol. — El validol es una combinación de mentol puro (30 por 100) y de ácido valeriánico. Resulta un líquido claro é incoloro. El Dr. Cipriani, que ha experimentado este medicamento en sí y en su familia, dice que diez gotas de validol, tomadas en azúcar tres veces por día después de las comidas, producen efectos estomacales excelentes. En los tísicos que padecen vómitos y anorexia, además de administrar el validol al interior de la manera indicada, lo emplea en uso tópico sobre la mucosa de la faringe y de la laringe. Los resultados obtenidos son bastante favorables. Este medicamento me-

jora las funciones del estómago, corrige las náuseas y los vómitos, facilita la deglución, disminuye la tos y la expectoración y suprime la fetidez de los esputos. — (*The New York Med. Journal*). — F. Toledo.

Reacción á la tuberculina en una histérica no tuberculosa. — El Dr. Ernst Fuerst refiere que en una mujer de veintinueve años, que padecía una neurosis traumática grave, se sospechó una tuberculosis pulmonar latente entre otras razones, por los recargos febriles que se presentaban sin causa conocida y que llegaban á la cifra de 38. En vista de esto se practicaron varias inyecciones de tuberculina observándose que con 5 milígramos la temperatura subió hasta 38°,5. Mas como quiera que esta reacción fué acompañada de síntomas muy particulares, se practicó otra con agua destilada, con lo cual la temperatura subió hasta 38°,1 en pocas horas y se presentaron los mismos síntomas concomitantes que en el caso anterior. Esto mismo sucedió algunos días después con una inyección fingida, pues no se hizo más que introducir la aguja en la piel de la espalda sin inyectar ni una sola gota de líquido.

El caso actual demuestra con rara exactitud la naturaleza puramente psicogénica de ciertos ascensos de temperatura. La enferma estaba convencida de que los días de inyección tenía que experimentar ciertas modificaciones, oía que el médico hablaba de ello y veía que en vez de tomarla la temperatura tan solo mañana y tarde, se practicaba esta operación cada dos horas. Esta idea fué suficiente, dada la excitabilidad anormal que existía en los centros reguladores del calor, para que sobreviniera realmente el esperado aumento de temperatura. Este aumento que era de origen puramente psicogénico, hubiera simulado una reacción positiva de la tuberculina é inducido, por tanto, á un diagnóstico erróneo si las demás circunstancias no hubiesen advertido la necesidad de una inyección de comprobación. Dedúcese de este caso que siempre que la inyección de tuberculina dé resultado positivo, se debe practicar, como comparación, otra con un líquido indiferente.

(*Deutsche med. Wochenscrift*). — R. del Valle.

Terapéutica de las heridas envenenadas por los baños calientes locales.—En las heridas envenenadas y complicadas con linfangitis y linfadenitis, los baños calientes prolongados, producen efectos notabilísimos. Las heridas envenenadas recaen casi siempre en las extremidades, y excepto en las formas graves de envenenamiento de la sangre, la inflamación infecciosa es más intensa en las inmediaciones del punto lesionado. Los baños locales calientes producen un efecto maravilloso sobre el dolor y la inflamación. Se obtiene con ellos la resolución rápida, y si la supuración ha principiado disminuye bastante. Este método de tratamiento, dice su autor el Dr. David Fraser, no se recomienda en los libros, pero es de utilidad grandísima.

(*The Médical Review*).—F. Toledo.

El aceite de Chaulmoogra contra la lepra.—De todos los remedios internos contra la lepra, el más eficaz es, hoy por hoy, el aceite de Chaulmoogra, según la experiencia de Unna, y si no se generaliza su uso, es por la acción irritante que ejerce en el estómago y en el intestino, la cual es causa de que

no le toleren por mucho tiempo la mayor parte de los enfermos. Lo mismo sucede con el principio activo del aceite, ó sea con el ácido ginocárdico. Como por otra parte cree Unna que la administración interna de un álcali es también beneficiosa en la lepra, ha hecho preparar con el aceite de ginocardio un jabón sódico y con éste píldoras queratinizadas que los enfermos toleran muy bien, de tal manera, que en esta forma pueden tomar continuamente las dosis necesarias del medicamento, ó sea 10 píldoras diarias, cada una de las cuales corresponde al 5 centigramos de aceite de Chaulmoogra. El examen diario de las deposiciones, demuestra que las píldoras son digeridas en el intestino; por otra parte, una serie de ensayos ha demostrado que son completamente insolubles en el jugo gástrico ácido y en cambio se disuelven con facilidad y de un modo completo en el jugo pancreático.

(*Monastch. f. prakf. Dermat.*). — R. del Valle.

Tratamiento de la úlcera venérea por el nitrato de plomo.—Melazzo recomienda lavar primero la úlcera venérea con la disolución de sublimado al 1 por 1000. Después de secar bien la úlcera con algodón hidrófilo, se la llena de nitrato plúmbico finamente pulverizado. Se separa el nitrato que sobresale de los bordes de la úlcera y se aplica encima una compresa de gasa hidrófila hecha varios dobleces que se sujeta con un vendaje. A las cuarenta y ocho horas se forma una escara que tarda pocos días en desprenderse quedando una úlcera simple que cura con rapidez. Este método es rápido y evita las complicaciones frecuentes de la úlcera venérea, bubón, fagedenismo, etcétera.—(*Le Bull. Medical*).—F. Toledo.

Transmisión de la tuberculosis por medio de la leche humana.— Los doctores Roger y Garnier han dado cuenta en la *Sociedad de Biología de París* de los hechos siguientes: En una mujer que á los diecisiete días de haber dado á luz, falleció de tuberculosis miliar, se encontraron bacilos tuberculosos en la leche, sin que existiera afección alguna de dicha naturaleza en las glándulas mamarias. Esta leche se recogió con todas las precauciones asépticas y se inoculó á dos conejillos de Indias. El primero al que se habían inyectado subcutáneamente 4 cm^3 sucumbió á los treinta y tres días con lesiones típicas de tuberculosis generalizada; el segundo, al que sólo se inyectaron 2 cm^3 no pereció, y cuando se le sacrificó diez meses después, sólo se encontraron simples cicatrices sin tubérculos y sin bacilos tuberculosos. La criatura á quien había querido criar la madre, murió de seis meses con tubérculos en los ganglios mesentéricos, hígado, bazo y riñones. Parece, según esto, que el punto de entrada de los bacilos tuberculosos había sido el intestino. También enseña este caso que la leche de una mujer tuberculosa puede contener bacilos de Koch y transmitir dicha enfermedad.

(*Progrès médical*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DEL CHANCRO AMIGDALIANO

POR EL DOCTOR

D. CELESTINO COMPAIRED

Profesor libre de Oto-rino-laringología de la Facultad de Medicina de Madrid.

El año pasado, con motivo del jubileo de los *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., del Dr. Gouguenheim, publiqué en dicho periódico una extensa y curiosa casuística de enfermedades del oído, de las fosas nasales y de la garganta, é *hice tan sólo mención* de seis enfermos á quienes había curado *chancros de las amígdalas*.

Como desde esa fecha he tenido ocasión de ver nuevos casos muy interesantes, creo llegado el momento de darlos á conocer en detalle á los ilustrados lectores de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRACTICAS (1).

Observación I. — El joven H. F. (de Barcelona), de dieciséis años, sin profesión declarada, aqueja molestias al tragar y sensación de ardor á la garganta desde hace dos semanas. A la inspección objetiva aparecen ambas amígdalas tumefactas, rojas, algún tanto voluminosas, pero sin la característica clínica local de la agudización en las hipertrofias amigdalianas, y ofreciendo en cada uno de tales órganos, próximo al ángulo que forman la unión superior de los pilares anterior y posterior en la amígdala izquierda, y en el segmento infero-anterior de la derecha, la presencia de una úlcera irregular, de un centímetro próximamente de largo por algo más de medio

(1) Estas observaciones aparecerán también en una tesis que va á presentar el doctor ruso Boctoroff, acerca de tan interesante tema, y á quien las he remitido, en extracto, á ruego del Dr. Raoult, distinguido miembro de la *Sociedad Francesa de Laringología*, que en cariñosa y expresiva carta me lo ha suplicado.

de ancho, dura, de bordes casi leñosos y cortados á pico, con un fondo blanco-sucio, indolente al tacto y al toque de la sonda, pero contrastando con exquisita sensilidad y exagerados reflejos al inspeccionar el resto de las amígdalas, pilares y fondo faríngeo. Inspeccionado cuello y nuca, aparecen multitud de ganglios infartados en grado exagerado.

El paciente achaca su enfermedad á un enfriamiento y á gritar mucho en una noche de *juerga;* pero, investigando algo más, refiere su afición á succionarle las mamas á su querida (¡!), una prostituta, seguramente sifilítica.

En este caso, y habida cuenta de la ausencia de antecedentes individuales y hereditarios, su aspecto general fuerte y la clase de vida y anamnesia referida, mejor que pensar en una lesión tuberculosa ó en un epitelioma amigdaliano, me hizo diagnosticar de modo evidente el chancro; hasta el punto que instituí sin más vacilaciones el plan antisifilítico general (bi-ioduro hidrargírico, alternándolo con las unciones mercuriales), y *loco dolenti* los gargarismos y pulverizaciones con una disolución de ácido tímico al 1 por 1000 cada tres ó cuatro horas, y toques, los días de consulta con la solución de glicerina iodo-iodurada.

Sin otro tratamiento curó por completo de su afección faríngea y amigdaliana el enfermo en doce días, no quedando casi vestigios cicatriciales (un poco de mancha blanco-gris y la induración consiguiente en la parte correspondiente al chancro de la amígdala izquierda), con lo que le perdí de vista.

Observación II. — F. O., costurera (de Madrid), de dieciocho años, soltera, aquejaba la presencia de una úlcera en la amígdala izquierda, desde hacía cuatro días; úlcera, decía, que *aun cuando no la molestaba* gran cosa, la preocupaba mucho. No sabía á qué atribuirla; y cuando después del reconocimiento, y sospechando en la naturaleza chancrosa infectante, hube de insistir indirecta y directamente en indagar la manera de producirse, manifestó *que acaso el haber besado á su novio* fuera la causa, pero que lo dudaba mucho (y yo también).

Su aspecto general era el del empobrecimiento orgánico por falta de alimentación y sobra de trabajo y de fatigas (ó de vicios).

Acusaba la existencia de flujo blanco continuo, desarreglos menstruales (amenorrea, alternando con dismenorreas dolorosas).

La faringe se hallaba ligeramente hiperemiada con secretado blanco escaso, adherido á la mucosa; en la amígdala izquierda,

apenas visible fuera de su nicho, se apreciaba la ulceración característica de fondo gris-sucio, bordes irregulares y cortados á pico, duros, y toda ella perfectamente indolente al tacto y á la deglución. Resto de amígdala dura. Infarto de los ganglios submaxilares y cervicales.

El tratamiento de prueba, local y general, curó á la enferma, confirmando por completo el diagnóstico clínico formulado.

Observación III. — S. A., modista (de Madrid), de veintidós años, soltera, presentaba un chancro de la amígdala izquierda, de aspecto y sintomatología objetivo-subjetiva, igual á la enferma de la observación II, perfectamente evidenciable bajo todos conceptos; pero me fué imposible adquirir la verdad etiológica, pues que la enferma sólo atribuía su dolencia *á beber agua después de un baile, estando sudando*.

El tratamiento se encargó de curar á la enferma, pero no de convencerla de la naturaleza de su lesión, pues hubo necesidad de administrarla el plan antisifilítico, ocultando la clase de medicamentos. ¿Quién sabe si diría verdad, y se contagió..... por medio del vaso en que bebió el agua?

Observación IV.— L. B., de Toulouse (Francia), pupila de una casa de lenocinio y dedicada á la masturbación *fellatrix*, con evidentes antecedentes personales sifilíticos, refiere que padece de la garganta á menundo. Actualmente, y desde hace seis días, presenta una ulceración característica de chancro en la amígdala derecha, apreciándose cicatrices y vestigios de anteriores placas mucosas.

Un tratamiento antisifilítico enérgico, unido á la proscripción de sus *faenas* masturbadoras, curó la enferma en pocos días, sin dejar en el sitio del chancro más que una mancha ligeramente parduzca y la consiguiente induración.

Observación V. — R. M., ebanista, diecinueve años, soltero, de Pamplona (Navarra), refiere que después de una noche de broma con unos amigos hacía seis días, con quienes bebió y gritó mucho, y pasó largo rato en una casa de prostitutas, se sintió enfermo de la garganta, con malestar general, algo de fiebre, dificultad al tragar y sensación de quemadura en el lado izquierdo de la faringe. Al consultarme, tan solo aquejaba algo de estorbo doloroso en el mencionado lado izquierdo.

Reconocida la faringe, la vi todavía algo congestionada, pero más la amígdala izquierda, en la que existía en su parte central anterior, inmediata al pilar anterior, una úlcera de bordes duros, irre-

gulares, cortados á pico, de casi un centímetro de extensión, de fondo excavado, cubierto de una capa pultácea y rodeada por una zona de induración bastante diferenciable por el tacto de la dureza del resto de la amígdala. Gran infarto de los ganglios del cuello.

Hice el diagnóstico de chancro amigdaliano; y á pesar de insistir en buscar el *verdadero origen*, el enfermo se obstinó en atribuir su lesión á gritar, al frío y á las bebidas. ¡Tal vez la vergüenza del acto que presumo cometió le hiciera aferrarse en negarlo después!

Asimismo, como en las anteriores observaciones, se curó en unos quince días. Debo advertir que en este individuo observamos, á la vez que el chancro, manifestaciones de roseola y onixis sifilíticos, manifestaciones contra las que nada hicimos. Y en efecto, al igual de la afección amigdaliana, desaparecieron con los mercuriales. También quedó en el sitio de la ulceración una ligera excavación dura, de color perlado, y la dureza del territorio amigdaliano correspondiente á aquélla y una pequeña zona periférica.

Observación VI.—E. L., diecisiete años, natural de un pueblo de la provincia de Alicante, sirviente ó niñera en Madrid hacía tres años, me confesó que cree enfermó de la garganta por besar en la boca y chuparle la lengua á su novio, cuya costumbre tenía hacía sólo un mes. No advirtió desde el principio otra cosa que la incomodidad al tragar, que persistía todavía, en el lado derecho de la garganta, incomodidad dolorosa que se irradiaba hasta el oído correspondiente.

A la vez que la úlcera chancrosa en la amigdala derecha, de objetividad sintomática igual á la de las observaciones precedentes, existían placas mucosas diseminadas por los carrillos, úvula y comisuras labiales. Me aseguró formalmente que jamás había tenido otros actos con su novio, que tenía los periodos con regularidad, que no tenía flujo blanco, y que si la enfermedad era lo que yo decía, única y exclusivamente la había contraído por los besos y succiones ya mencionados.

Al mes, poco más ó menos, del tratamiento adecuado, la dí de alta curada, con la recomendación, que prometió atender, de no volver á besar siquiera á su novio. Allá ella.

Observación VII.— La señorita F. P., de Madrid, veintitrés años, modista, se presentó á mi consulta particular con una infección luética de la boca, que ella y su familia conocían, porque así lo había manifestado su médico. Indagando la causa, se me dijo que sólo podía atribuirlo á beber agua durante un baile en un vaso que momentos antes había utilizado una cómica.

Además de placas en las comisuras labiales, carrillo, etc., etc., presentaba un chancro perfectamente típico en la amígdala izquierda, y otro también muy claro en el mismo lado del dorso de la lengua. Todavía presentaba manchas roseólicas, diseminadas por varios puntos de su cuerpo. Existían multitud de ganglios infartados por todo el cuello.

Merced al tratamiento antisifilítico por las inyecciones hipodérmicas de calomelanos (pues juntamente con la clorosis que padecía la enferma, existían trastornos gástricos) y la antisepsia local de la boca y garganta, unida á toques en los puntos enfermos con disolución de nitrato de plata al 5 por 100, pude darla de alta, curada, al mes ó mes y medio.

Observación VIII.—T. M., militar, veintiún años, soltero, de guarnición en un regimiento de los de Madrid, acude á mi consulta ostentando multitud de placas diseminadas por boca y fauces, y un chancro, más que regular por su extensión, profundidad de la ulceración y dureza de sus bordes y zona periférica, situado en la parte central y anterior de la amígdala derecha. Afirma que no ha tenido anteriormente ni siquiera blenorragias.

La fecha de su padecimiento la hace fijar en unos quince días, y lo atribuye al contagio por besar en la boca y lengua á una muchacha de dudosa honradez.

Se obtuvo la curación en un mes próximamente, mediante la prohibición de fumar, los toques *loco dolenti* con la solución argéntica, y los mercuriales al interior.

Observación IX. — T. T., de dieciseis años, de Madrid, albañil, se presentó el 16 de junio en mi consulta de la Policlínica Cervera (número 1920 de este curso de 1899 á 1900), aquejando síntomas de angina localizados en el lado izquierdo, y diciendo que los tenía desde que pasó una noche con una prostituta hacía catorce días. *Chancro típico* de la amígdala izquierda. Gran infarto ganglionar del mismo lado del cuello. Placas mucosas en las comisuras labiales. Las unciones mercuriales, los toques *loco dolenti* con una disolución concentrada de nitrato de plata (al 10 por 100), y gárgaras frecuentes con una disolución de ácido tímico al 1 por 1000, le han puesto en disposición de pedir ayer 23 el alta, quedando, si bien muy disminuído, el infarto ganglionar, y la zona de induración leñosa, característica del sitio cicatrizado correspondiente al chancro.

⁂

Con mucha más frecuencia que en otras partes de la boca, el chancro de las amígdalas puede, á menudo, revestir los caracteres de una verdadera ulceración, mejor que una simple erosión, tomando, por lo común, los caracteres de una angina ordinaria, de una angina pultácea, y á veces, hasta los de una angina diftérica, engañando al médico, si no tiene en cuenta con un poco más de atención, en la que de ordinario se presta, los antecedentes y anamnesia indispensables. Y así podría resultar, que una vez curada la lesión y transcurrido cierto tiempo después del que sobreviniesen accidentes secundarios de la sífilis, no habiendo considerado á la anterior afección de semejante índole infecciosa, dudaría, ó de la veracidad del enfermo respecto del origen de su enfermedad, si la conoció, ó del carácter del padecimiento.

Se ha considerado el chancro de las amígdalas de una gran rareza, pero, en realidad, ha sido por deficiente observación, puesto que se ha comprobado en las últimas estadísticas de Fournier (bastante diferentes en esta materia á las suyas de 1878, y aun de 1886), que se encuentra un chancro amigdaliano de cada 77 chancros bucales, y 4 bucales de cada 100 chancros en general. Es la variedad que, á su juicio, viene en tercer lugar, así considerada: de los labios, de la lengua, y, por último, de las amígdalas.

El Dr. Boeck lo considera como el más frecuente de los chancros extragenitales, afirmación que considero bastante exagerada.

En cambio, me parece muy oportuna y lógica la opinión de Brindel, quien al explicar las condiciones que pueden favorecer el contagio de las amígdalas por el virus sifilítico, dice, que transportado éste por la saliva, se encuentra detenido al nivel de las amígdalas, á menudo, anteriormente enfermas, y que con tal motivo se depositan en las lagunas y anfractuosidades, cuya mucosa alterada, y á veces erosionada, unido al calor y humedad propios de la región, favorecen rápidamente su inoculación y cultivo.

Ni Jonathas Hutchinson, ni el Dr. H. Zeissl, estudian el chancro amigdaliano, en la verdadera acepción de la palabra, contentándose el primero en afirmar la posibilidad de observarlo ya que aparece en la lengua y labios, y el segundo casi casi se muestra conforme con las ideas de Hunter, de que la cámara posterior de la boca, constituye el valladar, del cual no pasa el virus sifilítico primitivo.

Aun cuando no niego la posibilidad del contagio por los besos, estoy, sin embargo, distante de Nivet, quien los considera como la causa *más frecuente y ordinaria*. En cambio, me parece más evidente el

transportar el virus hasta la saliva, mediante instrumentos, como el soplete (Rollet y Diday), cucharas, tenedores, etc. (Beck), vasos, pipas, etc. (Raoult, Compaired), y, sobre todo, los actos contra natura (masturbación *fellatrix*, masturbación *cunnilingüe*, succión de la lengua y boca y succión de las mamas de mujeres sifilíticas, etc., cual ha sucedido en los casos míos, perfectamente comprobados, observaciones núms. I, II, IV, VI y VIII). También creo de gran interés etiológico, el contagio observado por la introducción en la cavidad nasofaríngea de instrumentos sucios ó que han servido á personas sifilíticas y no han sido suficientemente desinfectados, como los catéteres de la trompa de Eustaquio, por ejemplo, hechos citados por los Dres. Edonard Fournier, Bucquoy, Vajda, Alfred Fournier, Burow y Szadeck.

Los caracteres sintomatológicos con que se presenta el chancro amigdaliano, varían, según el Dr. A. Fournier, si este pertenece á la forma erosiva ó á la ulcerosa, pues las difteroide y gangrenosa, de que dicho autor hace mención, sólo constituyen complicaciones del chancro ulceroso á juicio del Dr. Brindel.

Así, pues, haciendo caso omiso de todas estas formas, así como de las que pudiéramos llamar para-amigdalianas (del velo del paladar, pilares, etc.), nos concretaremos á describir ligeramente los chancros clásicos de la amígdala, los chancros ulcerosos de tales órganos.

Lo corriente es que se inicie el chancro con dolores como de angina violenta y disfagia intensa, acompañándose de trastornos generales y fiebre de 38 y 39°. Sin embargo, existen casos en que casi pasan desapercibidos para el enfermo tales fenómenos, fijándose únicamente en molestias no muy acentuadas, pero sí muy persistentes de las fauces, como algo de disfagia, sensación de ardor ó de quemadura localizado á un punto determinado y *lateral* de la garganta, mal gusto de boca, aliento fétido y constricción y sequedad de boca y faringe oral.

Al practicar el reconocimiento de la garganta se aprecia una sola amígdala hipertrofiada, infartada ó simplemente congestionada, según los casos—pues son raros los en que el chancro ataca los órganos aludidos de ambos lados, como en mi enfermo primero—presentando en su superficie una ulceración de bordes cortados á pico, más ó menos irregulares, duros, con un fondo excavado, también duro, de color rojo ó punteado de un color blanco sucio, y en ocasiones recubierto por una falsa membrana bastante adherente (forma difte-

roide), que por su carácter se asemeja mejor á la membrana propia de la angina lardácea que á la pultácea.

Alrededor de la ulceración, y á manera de marco, se distingue muy clara y distintamente por el tacto una dureza resistente, leñosa, que hace gran contraste con el resto de la amígdala.

En todos, absolutamente en todos mis enfermos, he podido apreciar con evidencia suma tan característico síntoma, el cual es tan constante como la ulceración y el infarto de los ganglios cervicales y submaxilares.

Esta adenopatía cervical se advierte siempre del lado enfermo, y según la intensidad y la fecha de la lesión, así aparecen más ó menos voluminosos, hasta el punto en que, cual ocurrió con mis observaciones I, II y V, se presentan sumamente infartados, con gran reacción inflamatoria, efecto, sin género de duda, de su infección secundaria y de la ganga flojística que ésta determina en el tejido celular que le rodea, dando lugar á la formación de un paquete denso que hace más visible el ya muy desarrollado infarto gangliónico.

La complicación de quintas de tos espasmódica, referida por el Dr. Mauriac en su caso, no la he apreciado en ninguno de los míos.

Cuando los dolores aparecen muy poco intensos ó no existen, cabe confundir en los primeros momentos el chancro de la amígdala con la amigdalitis ulcero-membranosa, sobre todo si la ulceración chancrosa adquiere los caracteres difteroides de que antes hice mención. En cambio, si el elemento dolor se acentúa en consonancia con los fenómenos generales, y la amígdala enferma se halla cubierta en mayor ó menor extensión de la membrana mencionada, puede hacernos pensar en una angina lardácea ó en una diftérica, pero entonces, además del comienzo violento de la enfermedad, nos dilucidará el diagnóstico el curso que ha de seguir, los antecedentes del enfermo, anamnesia, etc., etc.

Casi mejor, á mi manera de ver, es confundible el chancro amigdaliano con la ulceración tuberculosa, placa mucosa, goma ulcerado y el epitelioma circunscrito de la amígdala. Pero aun así, aparte la historia, debut, curso, etiología, etc., de la enfermedad, nos aclararán el juicio diagnóstico el signo de dureza leñosa en forma de turbante que rodea á la ulceración, *contrastando* con la del resto de la amígdala; el que pocas veces ha de existir *única* la manifestación chancrosa, pues que, y yo lo he podido apreciar en todos mis enfermos, coinciden, ó con la aparición de la roseola, ó se acompaña de placas mucosas, ó existen á la vez chancros en la lengua, labios, etc.,

ó coinciden, por último, otras distintas expresiones morbosas de la sífilis, y sobre todo esto, el tratamiento de prueba, la medicación específica general, al curar en muy poquísimo tiempo al enfermo, ha de constituir el summum de la seguridad diagnóstica.

Para Cornil, la estructura de la falsa membrana del chancro amigdaliano, como la de las sifílides difteroides, es idéntica á la de la pseudomembrana de la difteria. «Hállase formada de tres capas: la primera superficial, formada de células córneas aplanadas en vías de atrofia y de finos esporos de algas microscópicas redondas que sobresalen de la superficie de la membrana; de una segunda capa media, compuesta de un reticulum de fibrillas fibrinosas, en cuyos intervalos se alojan glóbulos de pus y células epiteliales degeneradas, y ya al nivel de las papilas, y bajo la misma falsa membrana, existe una substancia granulosa semilíquida, que contiene un gran número de células linfáticas» (Cornil y Ranvier).

Desde el punto de vista bacteriológico, han examinado Bourges y Hudelo falsas membranas del chancro difteroide, encontrando cocos ovoides aislados y bacilos de la longitud del de Koch, si bien un poquito más gordos.

Los cultivos han dado por resultado estreptococos, estafilococos, cocos gruesos, bacterium coli y un bacilo análogo á este último, si bien diferente por sus caracteres de cultivo, otro bacilo inmóvil en forma de lanzadera, recordando algo el de Eberth, y un bacilo polimorfo.

G. Thiry, en cuatro casos de chancro clásico de la amígdala, ha encontrado numerosos bacilos y cocos, teniendo en uno de ellos los bacilos los caracteres del de Vincent, y el Dr. Siaras en otro enfermo vió numerosos fusobacilos.

El plan terapéutico que indistintamente he aconsejado, en un todo de acuerdo con lo prescrito por el Dr. Fournier, ha sido la prohibición absoluta del tabaco, alcohol, alimentos irritantes, hábitos, costumbres ó trabajos que directa ó indirectamente sostengan la afección gutural, etc., y gargarismos ó pulverizaciones antisépticas ó calmantes. Entre los primeros, uso de preferencia la solución acuosa de formol al medio ó al 1 por 1000, y de la segunda hago uso del cocimiento de adormideras, ó de una disolución de morfina, codeína ó heroína, según los casos.

Cuando el estado de gravedad del paciente, por intensidad de la lesión ó por enfermedad del tubo digestivo, reclaman el empleo de las inyecciones hipodérmicas como forma del tratamiento antisifilí-

tico, prefiero utilizar el aceite gris, los calomelanos, ó la solución de peptona mercurico-amónica. En caso contrario, las unciones mercuriales ó la fórmula de biioduro hidrargírico con ioduro potásico en jarabe de cortezas de naranjas amargas, de que á menudo hago uso en mis consultas, constituyen mi medicación de preferencia, de la que hasta la fecha sólo tengo que hacer justos elogios.

EL SÍNDROME DE BENEDIKT

POR EL DOCTOR

D. MATEO BONAFONTE

Profesor clínico, por oposición, de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

No es mi objeto describir este síndrome, aun cuando el título del presente artículo obligue á ello: la lectura del excelente trabajo de los Dres. Gilles de la Tourette y Jean Charcot, publicado en la *Semana Médica* del 25 de abril del presente año, acerca de este síndrome, me ha decidido á publicar un interesante caso clínico observado en nuestra Clínica médica de esta Facultad de Medicina de Zaragoza, el cual, á pesar de lo incompleto en cuanto á sus detalles, presenta un valor relativo en lo fundamental, sin que me aventure á deducir determinadas consecuencias, que no podrían resultar á satisfacción por circunstancias ajenas á mi voluntad, pero que el lector podrá hacerlo en cierto modo.

Conocidas son las conclusiones de los referidos autores en cuanto á la localización de las lesiones que realizan en clínica el síndrome de Benedikt; en síntesis, podemos concluir que obedece el mencionado síndrome á la presencia de una lesión de contigüidad en el pedúnculo cerebral, es decir, á la existencia en el trayecto peduncular del haz piramidal de lesiones de excitación y no de déficit de los conductores mencionados, y que podrían participar de esta patogenia los diversos temblores, como el de la esclerosis en placas, que se produciría por lesiones de déficit, y el de la parálisis agitante, que se podría asimilar al del síndrome de Benedikt.

El número de observaciones en que se fundan los mencionados autores de indiscutible autoridad en la materia es de seis, y la lesión ó localización anatómica de ésta fué originada por diversas causas,

tuberculosis, focos de reblandecimiento, hemorragias intra ó extrapedunculares, que por su centro exactamente limitado á la región del pedúnculo cerebral, á nivel de la emergencia ó de los orígenes del motor ocular común, producen una parálisis del tercer par con una hemiplegia cruzada, acompañada de temblor; basta que una lesión cualquiera se encuentre con bastante exactitud localizada en el mismo punto, para producir el mismo síndrome clínico.

He aquí lo esencial. Véase ahora lo que nos enseña nuestra observación, tomada á grandes rasgos, pues cuando mayor fué mi interés en conservar hasta los más insignificantes detalles, las notas correspondientes se habían extraviado, y por ello he tenido necesidad de fiar á la memoria lo que más saliente se había conservado perfectamente grabado en mi mente.

Ingresó en nuestra Clínica médica, ocupando la cama núm. 16, una joven de unos diecisiete años, sin antecedentes hereditarios ni personales de relativa importancia, la cual se veía atormentada por una cefalalgia pertinaz que la obligaba á rehuir la compañía de sus vecinas de sala y buscar la soledad, y que imprimía á su aspecto un carácter melancólico; un hipo pertinaz é incorregible molestaba en alto grado á nuestra enferma, la cual, de una palidez pronunciada de sus tegumentos, sentía una gran fatiga é impotencia para toda clase de trabajos físicos, impotencia por falta de decisión á obrar, por apatía, por una especie de abulia, no encontrando relativo bienestar más que en el lecho y en posición decúbita, nada pudimos descubrir respecto á trastornos motores y sensitivos, ni alteración alguna perceptible en ninguna de las funciones de su organismo; únicamente excitó nuestra atención desde los primeros momentos, cuando la observamos la lengua, una desviación lateral izquierda de la misma.

Esta enferma fué considerada desde los primeros momentos por el ilustrado jefe de Clínica y por todos, como una histérica, y á la verdad, mejor podía incluirse en esta neurosis que no en otro proceso; no obstante, este diagnóstico no tuvo más que el carácter de provisional.

La enferma fué sometida á un tratamiento bastante completo, entre cuyos agentes figuraban la hidroterapia y electroterapia, pudiendo observar durante la administración de la ducha fría que dos ó tres veces quedó hemiplégica del lado derecho (no recuerda exactamente la hermana de la caridad si era el derecho ó no) y que el párpado superior derecho era afectado de un temblor pronunciado y

perceptible á simple vista, que terminaba por una ptosis del mismo que duraba unos momentos después de haber desaparecido la hemiplegia, la cual era de unos dos ó tres minutos de duración.

Estos caracteres de la hemiplegia y demás fenómenos observados, por su movilidad y poca duración, nos hacia acariciar la idea de un histerismo notable, lo cual, transcurridos unos dos meses sin que nada digno de mención ocurriese, súbitamente sobrevino una agravación considerable en la misma, presentando una fiebre alta, de marcha irregular y que ante una observación superficial se asemejaba á la de una infección tífica, pero que no presentó ni un momento la marcha clásica de la misma, acusando trastornos gastro-intestinales, meteorismo, gorgoteo, sensibilidad exagerada del abdomen á la presión, profundo estado adinámico, delirio, estrabismo, rigidez de la nuca, signo de Körnig, catarro bronquial generalizado, etcétera, etc., afirmando la existencia en nuestra enferma de una infección tuberculosa aguda generalizada, de localización más intensa en las meninges cerebrales, augurando una pronta terminación fatal, por la bacilemia ó septicemia médica intensa dominante; concomitante con este cuadro sintomatológico observamos una ptosis total del párpado derecho y estrabismo, por lo que dos días antes de su muerte anuncié á los alumnos que encontraríamos una lesión (probablemente tubérculo solitario en la protuberancia, lado derecho y borde superior de la misma).

La enferma murió, y la autopsia fué practicada por el que suscribe y con la eficaz ayuda de dos distinguidos alumnos internos, el malogrado Sr. Lascorz, arrebatado prematuramente á la ciencia, y el Sr. Iñiguez, encontrando la lesión diagnosticada, un tubérculo del tamaño de una nuez regular, que comprimía por igual el pedúnculo y la protuberancia en el lado derecho, como asimismo más de 30 tubérculos en las más diversas regiones del cerebro, cerebelo y bulbo, de tamaños variables, desde el de garbanzos los más pequeños, hasta el de nueces regulares los mayores; estos tumores estaban incrustados en plena substancia cerebral, sin que jamás en vida pudiese sospecharse la existencia de tales lesiones.

Asimismo existía una meningitis tuberculosa granúlica aguda y generalizada, más intensa en la parte posterior, idéntica lesión pulmonar y peritoneal é intestinal.

No pudo terminarse la autopsia á satisfacción; circunstancias imprevistas é impropias de un establecimiento oficial lo impidieron; complacencias con la familia del sujeto autopsiado, que tuvo á bien

imponer de cierto modo su árbitra voluntad, nos obligaron á abandonar un cadáver donde tanto podíamos aprender, por lo que dimos por terminado nuestro trabajo, ordenando los datos que he procurado retener, y que son los manifestados.

Réstame manifestar que pudo observarse en el cadáver que presentaba una reducción notable del diámetro antero-posterior de la pelvis, pues no llegaba á 5 centímetros, á consecuencia de un promontorio por el aplastamiento é incurvación de la última vértebra lumbar sobre la primera sacra, y que creímos se trataría de un mal vertebral de Pott desconocido hasta aquel momento, sin que pudiésemos comprobarlo por los hechos citados.

He aquí el hecho: las consideraciones sugeridas por el mismo son importantísimas por su novedad, aun cuando seré muy breve en su exposición.

En primer lugar, se presta á profundas reflexiones el hecho de un cerebro que tolere de modo tal lesiones tan numerosas y voluminosas sin manifestar su presencia durante la vida de una manera más palpable, y en segundo lugar, y esto es lo esencial (deduciendo del título de estas notas), la existencia de una lesión que producía compresión del pedúnculo cerebral derecho y parte superior de la protuberancia, no dió origen más que á pequeños trastornos motores procedentes de compresión del motor ocular común, y esto en la fase terminal de la enfermedad, pero en manera alguna á la producción del síndrome de Benedikt.

Sin que por ello pretenda desvirtuar las conclusiones de los ilustres neurólogos franceses, he creído oportuna la publicación del mencionado caso, que si por su incompleto estudio á nada serio puede conducir, no por ello está desprovisto de un interés especial por lo que á localizaciones cerebrales se refiere.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 5 *de Mayo de* 1900.

Compresas metálicas para las amputaciones.—El Dr. Iglesias dió lectura á la siguiente comunicación del Dr. Garay (de Méjico):

Uno de los tiempos más difíciles en las amputaciones es la sección de los huesos, sobre todo si se emplea el método circular, ó si la sección se hace en la parte alta de los miembros. Y la dificultad en estos casos se explica fácilmente; el hueso seccionado debe ocupar el vértice del cono, cuya base debe estar constituída por el corte de la piel. Para cortar, pues, el hueso en el lugar conveniente, hay que retraer las partes blandas lo más alto posible, para que la sierra pueda maniobrar bien, y el corte hacerse en el lugar debido. La retracción de las partes blandas se hace comunmente con compresas de lienzo; pero éstas, puede decirse con certeza, no llenan nunca bien su cometido. Con ellas no es fácil hacer la retracción en el grado que se necesita, y ésta da por resultado que el corte del hueso se haga más abajo de lo conveniente.

Entonces, ó se repite el corte más arriba, sosteniendo el hueso con la tenaza de Farabeuf, y teniendo siempre dificultades, ó se deja el hueso en tal estado, haciéndose después los muñones rápidamente cónicos. Si se procura estirar fuertemente las compresas, y cortar lo más alto posible con los dientes de la sierra, se corta el lienzo y se contunden los músculos; lo que da por resultado dificultad en la cicatrización, favorece la infección y expone á hemorragias secundarías.

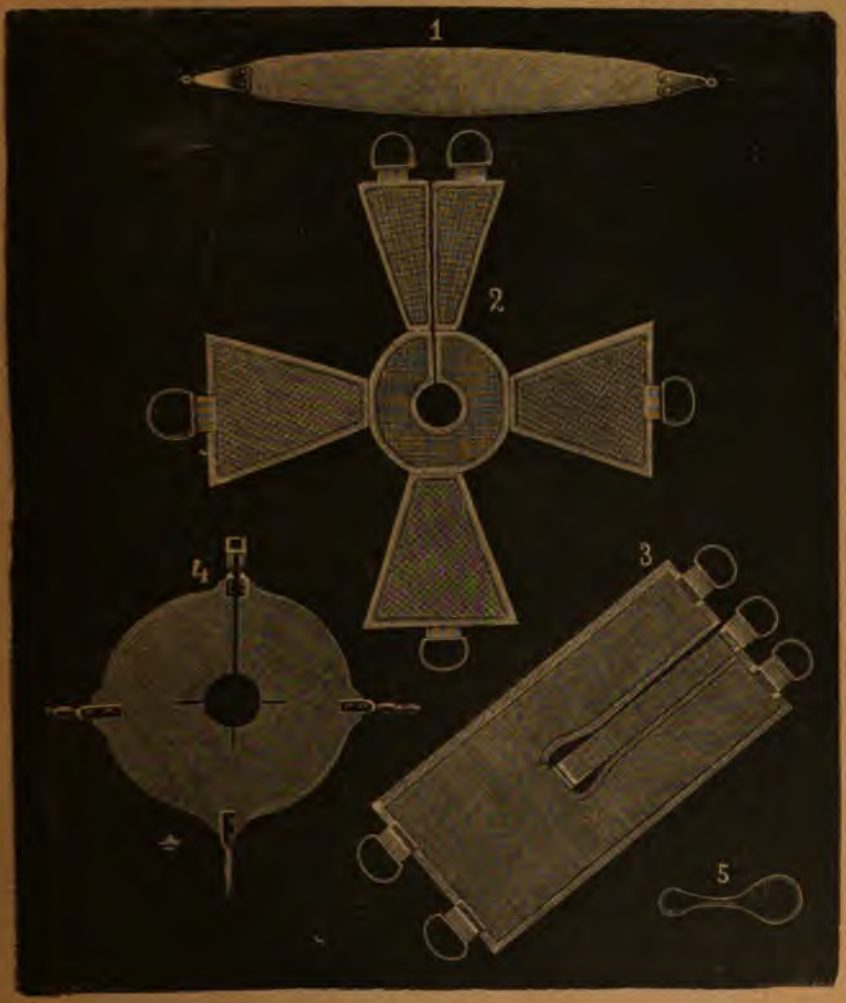
Es, pues, muy conveniente encontrar unas compresas que llenen las condiciones siguientes: 1.ª, que permitan retraer las partes blandas todo lo que sea necesario; 2.ª, que sean sencillas en su manejo, y si es posible, de poco coste; y 3.ª, que sean fácilmente esterilizables. Para resolver el problema, desde luego ideé que el material de que se hicieran fuera el metal, por ser fuerte, elástico, prestarse fácilmente á la desinfección y no ser caro. Proyecté entonces el modelo núm. 1 (1), que presento á ustedes: unas tiras de metal, elásticas, con dos ganchos en sus extremidades para los dedos, podían llenar su cometido, pero inperfectamente; pues para el muslo, por ejemplo, había que emplear cuatro, y no era cómodo su manejo; tal como estaban, no servían para antebrazo y pierna.

Proyecté entonces el modelo número 2. Están formadas por tela metálica

(1) El grabado está reproducido de los *Anales de la Real Academia de Medicina*, de Madrid.

tupida y fuerte de latón; para muslo y brazo tienen la forma de una cruz de Malta, articuladas las ramas de la cruz con el disco central por cuatro uniones.

El centro del disco está perforado y dividida una de las ramas hasta llegar á la perforación anterior, con el fin de que el aparato pueda colocarse. Estas compresas funcionan bien; una sola persona puede manejarlas, colo-



cando los dedos en las argollas de las ramas de la cruz, y se desinfectan fácilmente; pero en individuos muy musculosos puede no tener la resistencia suficiente, y la sierra cortar las mallas de la tela. Para pierna y antebrazo ideé unas compresas, modelo núm. 3, que presento á ustedes, de forma igual á las compresas ordinarias, y de tela metálica muy fina. Estas no dieron resultado, se desgarran y no se adaptan bien á los miembros. En vista de lo

que indicaba la experiencia, hice el modelo núm. 4: es un disco de metal, lámina de acero, elástica y fuerte, perforado en su centro, para que allí se coloque el hueso, y con una hendidura en el disco hasta llegar á la perforación, para que el aparato pueda colocarse. En la periferia de este disco hay cuatro ganchos, en los que se colocan estiraderas metálicas fuertes (núm. 1). Este aparato ha dado resultados completamente satisfactorios. Un modelo semejante hay para el brazo, y basado en la misma idea. He mandado construir unas para pierna y antebrazo, con lo cual creo que el problema queda resuelto por completo.

En las amputaciones á colgajo, que, por lo general deben preferirse, las compresas son menos necesarias, pero siempre útiles. En las operaciones por el método circular, juzgo difícil que la retracción resulte bien hecha por las simples manos de un ayudante.

La manera cómo hoy se asierran los huesos, la considero muy defectuosa. Lo mejor sería aserrar los huesos con sierras finas de alambre movidas por motor eléctrico. Con este procedimiento, en muchos casos no habría necesidad de compresas, y los cortes serían precisos y rectos.

El Dr. San Martín: La innovación que propone el Dr. Garay es á mi juicio, aunque estoy dispuesto á rectificarlo si fuera necesario, recomendable, principalmente en las amputaciones del tercio medio y superior del muslo.

De la epidemia de fiebres tifoideas observada recientemente en esta corte.—El Dr. Calvo ocúpase en el estudio histórico del tifus exantemático probando, con numerosas citas, la existencia de dicho padecimiento en la antigüedad. Refirió la historia de varias guerras, en cuya descripción se habla del tifus, afirmando que durante los siglos XVI, XVII y XVIII, dicha enfermedad, seguía desvastando toda Europa. Recordó las vicisitudes que atravesaron desde últimos del pasado siglo hasta el presente las clasificaciones de las fiebres, y después, comentó las principales ideas que se habían vertido acerca de la epidemia de fiebres tifoideas que ha habido en Madrid, resumiendo su pensamiento en las siguientes proposiciones:

«1.ª El tifus se parecería á la fiebre tifoidea, pero son cosas distintas; 2.ª es preciso que profesemos una opinión piretológica; y 3.ª el agua es la responsable de esta desgraciada situación, y debemos tener gran cuidado, por que si estallara una epidemia con alguna intensidad, no sé lo que ocurriría. Tanto lo han entendido así los franceses, que Freycinet, ingeniero, siendo Ministro de la guerra, proveyó de agua de manantial á gran número de cuarteles de Francia, y á aquellos en que no pudo hacer esto, les regaló su filtro».—Codina Castellví.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 23 *de Marzo de* 1900.

Caso de pielonefritis supurada.—El Dr. Mañueco: El enfermo que tengo el gusto de presentar á la Academia, es una de las muchas víctimas de nuestras desdichadas guerras coloniales que á diario tenemos ocasión de ver en

el hospital, sujeto de cuarenta y cuatro años de edad y carretero de profesión, tuvo la desgracia de quedarse viudo á los cuarenta, encontrando como compensación, al desconsuelo de su viudez, la aparición de un chancro sifilítico y una blenorragia adquiridos algún tiempo después y en una sola sesión, hace próximamente cuatro años.

Tratado de estas afecciones, aunque de un modo imperfecto, se le curaron, al decir del enfermo, la blenorragia, próximamente en un mes y el chancro en dos, quedando completamente bien. Su estado de fortuna poco próspero y la falta de trabajo que aquí había, le hicieron ir á buscar éste á Valencia, donde, seducido por agentes reclutadores de voluntarios para la guerra, le hicieron abandonar la Península y buscar en Filipinas el mejoramiento de su estado, que él encontraba aquí insostenible.

En treinta y dos meses que estuvo allí, solamente veinte días dejó de prestar servicio á consecuencia del paludismo tan frecuente en aquel país; por lo demás, su salud se mantuvo firme á pesar de las penalidades de la campaña.

Cayó prisionero de los tagalos y entonces la escasa alimentación que les daban y el exceso de trabajo, le hicieron adelgazar, apareciéndole dolores en las piernas y lesiones ulcerosas, á pesar de las cuales siguió trabajando. Logrado escapar de su cautiverio por el soborno de uno de los que le custodiaban, consiguió llegar á Manila, desde donde se embarcó para España. A los cuatro días de navegación le apareció fiebre y al poco tiempo dolor en la región lumbar, al principio soportable y después más intenso, la fiebre desapareció al día siguiente, pero el dolor continuó, y en la actualidad aún lo tiene unas veces más y otras menos intenso. Desembarcó, vino á Madrid, y obtenida su licencia, se puso á trabajar de albañil, pero á los dos días el dolor aumentó, se fatigaba mucho cuando trabajaba y esto le obligó á ir al hospital. El primer día tuvo algo de fiebre y los dolores lumbares bastante intensos, referidos siempre por el enfermo al lado derecho.

La orina era sanguinolenta y la cantidad próximamente la normal; á los dos días se aclaró un poco y empezó á echar una cantidad de pus tan grande, que casi llenaba el orinal de cristal, de un pus espeso algo manchado de sangre y mezclado en la orina. Esto fué en 1.° de septiembre; los síntomas dolorosos mejoraron y la pequeña fiebre que tuvo desapareció, pero el pus continuó fluyendo, aunque disminuyendo paulatinamente. En vista de que la piorrea continuaba, y para mayor asesoramiento, el enfermo fué visto por el distinguido especialista del Hospital General, Dr. Viforcos, el cual, después de reconocerle, comunicó que la causa de la supuración no residía en la vejiga, próstata, etc., sino que era renal. Fué disminuyendo paulatinamente el pus, aunque sin desaparecer, y como sus lesiones ulcerosas requerían un tratamiento tópico local, fué trasladado á los pabellones de nuestro expresidente el Dr. Azúa, en San Juan de Dios.

Diagnosticada y tratada su lesión cutánea y sífilis con la competencia y minuciosidad en él habitual, y curado el enfermo de estas manifestaciones, fué devuelto al Hospital Provincial para que continuara el tratamiento de sus dolores, pudiendo apreciar en el enfermo lo siguiente: El *estado general* es, como habéis visto, algo delgado, con abundantes cicatrices por todo el cuerpo, especialmente en las piernas, unas pigmentadas consecutivas á su

lesión gomosa dérmica, y otras simples productos de ulceraciones vanales piógenas. En la parte anterior y tercio medio de la pierna izquierda, presenta una elevación dolorosa producto de una periostitis gomosa, sin duda, por no seguir el enfermo el consejo de continuar tomando el ioduro potásico. Está aumentada la zona de sonoridad en su pecho, pues desciende en el lado derecho hasta el séptimo espacio intercostal, y la zona precordial está tan disminuída, que el corazón se encuentra casi cubierto por los pulmones que sólo le dejan libre del cuarto al quinto espacio intercostal izquierdo en una pequeña extensión. Esto unido á alguna tos y ligeros estertores, son debidos á un enfisema, producto de repetidas bronquitis que ha tenido en Filipinas.

Se queja de dolor, á veces más intenso y siempre sordo y gravativo en la región lumbar del lado derecho, con hiperestesia de toda esa región, que se exacerba á la presión. No se percibe en ella aumento de volumen ni cambio de coloración. Por la percusión en la misma región y también del lado derecho, se aprecia un sonido algo claro de la décima á la undécima costilla; luego, hacia abajo, una zona maciza de unos 12 á 15 centímetros, y luego unos dos traveses de dedo de sonido más claro. En el lado izquierdo de la misma región se aprecia macicez en toda ella, excepto un espacio algo claro por encima de la espina ilíaca posterior superior.

Aunque la percusión de la región renal la califican de ilusión algunos autores, entre ellos Spillmang, no creo yo que deba despreciarse en este caso, puesto que esa pequeña zona de sonoridad del lado derecho, en su parte superior, indica que el riñón no está aumentado de volumen, puesto que no llega al hígado, estando probablemente separados por el colon transverso, y tampoco hacia abajo, pues existe un pequeño espacio claro más arriba de la espina ilíaca posterior superior, como sucede normalmente. Además, el que exista la zona de macicez en la región lumbar, donde debe existir normalmente, es de importancia, puesto que indica que no existe ectopia renal y que no hay la anomalía de la falta de un riñón, dato de importancia que ningún cirujano desprecia antes de decidirse á operar sobre un riñón enfermo. Pero á los datos que dan más importancia los autores en la exploración de los riñones, es á los que suministra la palpación, sobre todo la bimanual.

Los alemanes acostumbran á hacer estas exploraciones con anestesia, y con ella dice Schmid haber percibido el hilio del riñón, la pulsación de la arteria renal, desviaciones de su tipo normal en tamaño, forma y consistencia, cálculos en la pelvis renal y en el riñón, el roce de los cálculos entre sí, condensaciones de la substancia renal, etc. En este enfermo no hay posibilidad de apreciar tan finamente estos detalles, al menos yo no lo he podido conseguir, pues hay una grande hiperestesia, y después de varios intentos y molestando bastante al enfermo, puesto que he hecho la exploración sin anestesia, he conseguido únicamente hacer la palpación bimanual, encontrando, con visos de certeza, que el riñón derecho está pastoso, no está aumentado de volumen y se encuentra en su sitio habitual, y en cuanto al izquierdo, al parecer no se encuentra en él nada de anormal, y digo al parecer, porque muchas veces, aun haciendo anestesia y con una palpación exacta, es imposible asegurar que el otro riñón se encuentra sano; y como

esto es de gran importancia para decidirse ó no á intervenir, se han propuesto modernamente varios medios para dilucidar esta cuestión, basados todos en el análisis de la orina que se segrega en el riñón que se desea saber si está ó no sano, de los cuales los más importantes son éstos: la compresión del ureter del riñón enfermo sobre el sacro en los sujetos delgados, previo lavado de la vejiga y análisis ulterior de la orina segregada. Es un medio malo y doloroso, y pocos enfermos toleran la compresión el tiempo necesario, caso de encontrar el ureter, que no es fácil, y que fácilmente se afloja la compresión, cayendo productos patológicos del riñón enfermo.

Otros han propuesto hacer una incisión en la pelvis renal para recoger la orina, otros en la vejiga, etc.; pero el mejor medio modernamente propuesto consiste en la práctica, tan perfeccionada hoy en las Clínicas especiales, de la endoscopia vesical; por medio de ella se puede ver si la orina que sale de un ureter es clara, turbia ó purulenta, é introducir una fina sonda en el ureter y recoger orina de él sólo para analizarla.

Tiene gran importancia el dilucidar este extremo, por ser el único medio exacto de averiguar si un riñón está ó no sano. La cantidad de orina en este enfermo era próximamente de 1000 á 1500 gramos, de color amarillo, de reacción ácida y con unos 100 gramos próximamente de pus en las veinticuatro horas, que se depositaban en el fondo del orinal formando una masa viscosa. Contenía también una ligera cantidad de albúmina, y no se encontraron en ella bacilos de Koch, á pesar de buscarlos detenidamente, bacilos que tampoco se encontraron en los esputos. Estos son los síntomas que presentaba este enfermo y que presenta aún en la actualidad.

La primera impresión que me produjo cuando le ví fué que con un chancro hace cuatro años, la sifílide gomosa, los infartos y un riñón que supuraba, era que se trataba de un goma renal, que se le había producido por insuficiencia de tratamiento. Sin embargo, pensando más detenidamente en la evolución de sus fenómenos, ví que no encajaba bien dentro del cuadro de la sífilis del riñón. La sífilis de este órgano es de las que están peor estudiadas. Prescindiendo de las nefritis que pueden aparecer en el período secundario de la sífilis, y que por otra parte, no se diferencian en nada de las nefritis que se presentan en las demás enfermedades infecciosas. La sífilis terciaria del riñón, como las de los demás órganos, afecta dos formas, una la esclerósica, que en nada se diferencia tampoco de la cirrosis renal de otro origen, y otra la gomosa, que puede ser de goma único y grande, lo cual es raro, y otra más frecuente, consistente en gomas múltiples pequeños y diseminados, que determinan una serie de bridas cicatriciales con abundante proliferación de tejido conjuntivo, formando una serie de trabéculas que inhabilitan la función del riñón por ahogamiento del tejido propio. Esta lesión suele ser unilateral y no ha sido diagnosticada en vida y tratada con éxito hasta el año 1892, en dos casos que publicó Israel, tratados por la nefrectomía, pues en estos casos el tratamiento específico, cuando han llegado las lesiones á este extremo, es inútil. ¿Podría ser una afección análoga la que tuviera este enfermo? Creo que no; el comienzo de su enfermedad fué con fiebre y dolores intensos, y se fraguó en poco tiempo; las lesiones gomosas suelen ser indolentes, apiréticas, y cuando supuran, á no ser que sufran una infección piógena, su pus es muy poco abundante y blanquecino, cosa que no ha

sucedido en este enfermo. Además, tanto cuando ha estado en San Juan de Dios como cuando ha estado tratado por mí, se le ha sujetado á un enérgico tratamiento antisifilítico, y, sin embargo, la supuración persiste y el enfermo no ha mejorado. Es tan difícil determinar con seguridad la naturaleza de una lesión supurativa del riñón, que muchas veces cirujanos eminentes no se han decidido á afirmar la causa, ni aun en la autopsia se han atrevido á decir si la lesión del enfermo era ó no sifilítica. La aparición de la enfermedad con dolores y fiebre inclinan el ánimo á creer que este enfermo, por haber habitado en un país tropical, pues sabida es la facilidad con que en estos países se producen abscesos en las vísceras, principalmente en el hígado, haya padecido uno de estos abscesos en el riñón. Su comienzo, los dolores, la fiebre, la gran cantidad de pus que arrojó los primeros días que estuvo en la sala, indudablemente retenido hasta entonces en la pelvis renal, así lo hacen suponer. Pero inmediatamente viene la pregunta, ¿cómo se ha producido este absceso? Porque los del hígado está perfectamente estudiado que son generalmente consecutivos á la disentería, y se sabe que los gérmenes penetran desde el duodeno por el conducto cístico y colédoco hasta el hígado, pero en el riñón no es tan fácil explicarse esta penetración. Sabido es que para llegar los gérmenes á él no tienen más que dos caminos, por la sangre ó siguiendo una marcha ascendente por propagación de la vejiga, próstata, etc., á los uréteres y pelvis renales. El primer camino generalmente no le siguen más que los émbolos consecutivos á metastasis en septicemias ó endocarditis ulcerosas. El segundo supone enfermedad supurativa de un órgano genito-urinario inferior á los riñones; en ninguno de estos casos se encuentra este enfermo. Tampoco parece probable que la supuración sea debida á la litiasis, pues aunque no hay necesidad de cólico nefrítico para que ésta exista, porque muchas veces aparece de un modo vago é indeterminado; el género de vida del enfermo, el poco consumo que ha hecho de substancias azoadas, el no haber echado nunca arenillas ni cálculos, etc., le hace muy poco adaptable á que hayan existido en él cálculos fosfáticos ú oxálicos y mucho menos de ácido úrico, pues éstos suelen ser propios de los ricos.

Largo tiempo he pensado si podría tratarse en este caso de una tuberculosis renal primitiva. La mala alimentación del enfermo, su demacración, la facilidad con que se tuberculizan los europeos en los países cálidos, la tos persistente y la fatiga que decía tener, y hasta la herencia, me hicieron sospecharla; con este motivo le hice ver por el ilustrado académico Dr. Sandoval y le hice analizar los esputos y la orina desde el punto de vista bacteriológico, y los resultados han sido negativos. Ya sé que muchas veces no se encuentran bacilos en la orina aun en casos de tuberculosis renal evidente, pues así como su presencia permite afirmar con seguridad la afección, la no existencia de ellos no la excluye; por consecuencia, no desecho en absoluto esta lesión, aunque comprendo las dificultades para asegurarla; de todos modos, lo importante en este caso es el tratamiento, y es lo que me ha obligado á traer el caso á la Academia, conociendo la ilustración de los cirujanos que á ella vienen para que digan si, en vista de los datos que he aportado y del estado del enfermo, le sería útil someterle á una intervención quirúrgica. No existe una línea divisoria y práctica entre las enfermedades

renales quirúrgicas y los de causa interna. Así como es clara dicha divisoria para algunas especies, como tumores, equinococos, etc., así es de vaga en otras, como arenillas, cálculos, hemorragias y afecciones supurativas. La decisión de si la terapéutica ha de ser médica ó quirúrgica, ó cuando el caso respectivo ha de pasar de uno á otro tratamiento, depende de varias circunstancias, entre otras el resultado insuficiente de los medios médicos que en este caso creo agotados. De aquí, la utilidad que le reporta, tanto al médico como al cirujano, estudiar detenidamente estas afecciones para saber cuándo ha de terminar un tratamiento y empezar el otro, pues sabido es que ambos no tienen más que un objeto: la curación del enfermo.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Extracto de la sesión del día 9 de Mayo de 1900.

Diagnóstico de la difteria.—Previa lectura por el Secretario de las conclusiones formuladas por el Dr. Benítez al final de su comunicación á la Sociedad en la sesión celebrada el día 11 de abril próximo pasado, abrióse discusión sobre las mismas, y después de un ligero debate, en el que tomaron parte los Dres. Robert, Roca, Farinos y Benítez, fueron aprobadas por unanimidad, sin otra enmienda que la de añadir á la tercera conclusión la última parte, que dice: «y en todo caso dudoso en que el diagnóstico bacteriológico sea imposible».

Las conclusiones aprobadas son:

1.ª Ni toda angina pseudo-membranosa es producida por el bacilo Klebbs-Löffler, ni en toda angina diftérica por éste producida, ya pura, ya asociada, se encuentra siempre, ni en todos los períodos de la enfermedad exudados característicos, por lo que, no basándose el diagnóstico clínico nada más que en probabilidades, debe hacerse en todos los casos dudosos el diagnóstico microbiológico.

2.ª Siendo el examen bacteriológico el único medio inequívoco que puede aclarar el diagnóstico *difteria*, confundido clínicamente con muchas afecciones rino-laringo-faríngeas, el médico que dudando demora dicho examen, incurre en grave responsabilidad moral.

3.ª El suero antidiftérico deberá inyectarse á todo enfermo, previo diagnóstico clínico *probable*, *afirmativo*, de difteria, ó con *diagnóstico bacteriológico comprobado*, aunque la *impresión clínica fuera de probabilidad negativa*, y en todo caso dudoso en que el examen bacteriológico sea imposible.

4.ª Conforme las Sociedades de Higiene publican cartillas con objeto de enseñar á prevenir las enfermedades, divulgando la ciencia, así sería conveniente que la Sección de Pediatría de la Sociedad Ginecológica Española redactara en dicha forma los medios que las familias, en caso de afección aguda de garganta, debieran poner en práctica hasta la llegada del médico, y así contribuirían sin pérdida de tiempo á curar esta terrible enfermedad.

El Dr. García López pidió que se nombrara en el acto una comisión que redactara la cartilla á que alude la conclusión 3.ª, y con tal objeto fueron

propuestos y aprobados por unanimidad los Dres. Llorente, Roca, Robert, Benítez y Sarabia, representando estos dos últimos la sección de Pediatría de la Sociedad.

El Secretario de actas,
RUPERTO SÁNCHEZ.

PERIÓDICOS

Un caso de mal perforante plantar, curado por el estiramiento del nervio tibial posterior. — El Dr. Otero Acevedo da cuenta en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, del caso siguiente:

D. C., de veintiocho años de edad, guardia municipal de á caballo, no refiere antecedente patológico alguno de familia ni individual.

Dice que el 28 de diciembre de 1898, yendo á caballo resbaló éste y cayó con tan mala suerte, que, cogiéndole la pierna izquierda debajo, se la fracturó por su tercio inferior.

Reconocido el guardia, se apreció una fractura simple de la tibia y del peroné. Puesto el vendaje y llevado á su casa el enfermo, no experimentó molestia de consideración hasta dos meses después, cuando ya consolidada la fractura, se presentó una especie de erupción—dice—en el dorso del pié y en toda la pierna, desde el sitio de la fractura hacia abajo, formándose pocos días después ulceraciones que iban en aumento. Coincidió con esto la aparición de un punto endurecido al nivel de la cara inferior del dedo gordo izquierdo, induración que se cayó al rascarla con las uñas de la mano, dejando un agujero que fué profundizando hasta llegar al hueso.

El enfermo presentaba una extensa ulceración en la cara interna del pié en su punto de unión con la cara dorsal; en ésta había otra ulceración de bordes callosos, en cuyo fondo, blancuzco, se distinguía el hueso descubierto; una capa costrosa cubría todo el pié hasta casi media pierna.

En la planta, en el dedo gordo, había una ulceración profunda, que daba pus espeso y fétido; indolora á la presión, era dolorosa cuando con un estilete se reconocía el fondo formado por el hueso falangiano.

Se le hicieron varias curas de limpieza, con las cuales la ulceración primeramente indicada se modificó hasta cicatrizar, cayendo también las producciones eczematosas de la piel. Las otras dos ulceraciones del dorso y de la planta siguieron su marcha progresiva, y en vista de ello, decidió poner en práctica el procedimiento curativo del Dr. Chipault.

Se practicó el estiramiento del tibial posterior, según la técnica operatoria, para hallar la arteria del mismo nombre. El nervio estaba muy engrosado y de color rojizo. Con la punta del bisturí disoció sus fibras en más de dos centímetros, y cerró la herida sin dejar desagüe.

Legró el fondo de la ulceración del dorso, llegando hasta el hueso sano. Con la úlcera perforante de la planta hizo otro tanto; pero antes con el bisturí quitó á todo su alrededor un cono hueco de tejido calloso. Aplicó dos puntos de sutura y el vendaje.

A los cinco dias levantó la cura. Abundancia de exudados en ambas ulceraciones; los puntos de la úlcera perforante habían fallado.

En la segunda cura, los exudados eran menos; el carácter de las ulceraciones fué modificándose ya, y antes de un mes el mal perforante había cicatrizado desde el dorso á la superficie.

La ulceración del fondo avanzaba, pero con más lentitud. Al mismo tiempo que esto acontecía, presentábase en toda la pierna, desde la rodilla para abajo, una especie de ictiosis con escamas grandes, que cubría á manera de media todo el miembro, en la parte indicada por el dorso como por la planta. Estas escamas fueron cayendo poco á poco, á medida que el vendaje se hacia menor—téngase en cuenta que se había hecho una incisión al nivel de la rodilla para buscar el safeno, y otra al nivel del maleolo, de manera que el vendaje subía hasta el tercio inferior del muslo—por haberse cicatrizado la herida operatoria superior, quedando por debajo de estas escamas cuando caían, una piel lisa, brillante, enrojecida, con los caracteres que suele tener en las neuritis. Desaparecieron casi en totalidad, quedando únicamente en las zonas inervadas por el safeno interno.

En la actualidad, y después de cuatro meses de operado, puede hacerse el resumen en esta forma:

Mal perforante plantár, *curado*.

Ulcera del dorso del pié, *cicatrizada*.

Conviene advertir que la úlcera apenas si ha crecido desde la profundidad hacia arriba. Los bordes fueron acercándose, y de unos 8 centímetros que tenía de diámetro en el momento de la operación, quedó reducida á 3 á lo largo, por 2 á lo ancho. La piel ha descendido desde estos bordes al fondo, cubierto de mamelones poco activos, quedando siempre una excavación por falta de relleno carnoso.

La ictiosis persiste á pesar de los lavados jabonosos frecuentes á que está sometido el enfermo.

Este caso afirma la curación del mal perforante por el estiramiento nervioso: además, la prueba.

Por los trastornos tróficos de la piel, por el curso que ha seguido la ulceración del dorso, muestra que la rotura del safeno interno ha influído é influye en la marcha del proceso de reparación; y es la contraprueba—casi experimental podemos decir—del tratamiento de las úlceras varicosas propuesto por Chipault, y que consiste en estirar el safeno interno ó los nervios que vitalizan las regiones en que radiquen las úlceras callosas y atómicas de los varicosos.

Endocarditis infecciosa.—El Dr. D. Emilio Alvarez publica, en *El Siglo Médico*, los siguientes casos:

Sujeto de treinta y tres años de edad, sin antecedentes hereditarios, de buena constitución, robusto, que había padecido varios ataques de «reumatismo poliarticular agudo», uno á la edad de ocho años. Estos ataques le obligaron á guardar cama, sin que advirtiera, una vez curado, trastornos en su salud, exceptuando algunas crisis dolorosas con palpitaciones cardíacas y algo de opresión, que se manifestaban principalmente al hacer ejercicio subiendo cuestas. Había padecido la fiebre tifoidea hace años; seis meses

antes de la observación es invadido de una enfermedad que comenzó por dolores y tumefacción articulares y fiebre. Esta fiebre, que, al parecer, era interminente y algunos días remitente, empezaba con calofríos y ascendía á 38 y 39° para descender, después de abundantes sudores, al tipo normal. El enfermo continuó dedicándose á su profesión y bañándose durante los accesos febriles; pero como la fiebre continuaba meses y meses y los dolores articulares habían desaparecido y el enfermo acusaba algún dolor de vientre, manifestado al hacer deposiciones—tenía estreñimiento—se dijo que tenía una «fiebre infecciosa intestinal». Con este nuevo diagnóstico se siguieron dando baños, el catálogo de antisépticos intestinales, quinina á grandes y continuadas dosis y... el enfermo no mejoró. Estas fiebres de 38 á 39°, que duraban tres, y á lo sumo, cuatro horas por la tarde ó por la noche, iban seguidas de grandes sudores.

Hará dos ó tres semanas, la fiebre se exacerbó subiendo á 40° y décimas y el enfermo ha tenido que guardar cama. En esta situación emitieron un nuevo diagnóstico «fiebre infecciosa intestinal con ulceraciones, al parecer, tuberculosas». Se le siguieron propinando sistemáticamente baños, etc., y, si bien bajaba la temperatura con el baño, volvía rápidamente á subir, si no estaba cerca la hora de la crisis sudoral. Con ésta descendía el termómetro á 36 y 37° y el enfermo estaba bien hasta que un nuevo acceso febril le invadía. La fiebre era típicamente interminente y algún día se hacia remitente; los accesos eran diarios, vespertinos, y duraban tres ó cuatro horas, y algunos días padecía varios.

Al observar al enfermo el Dr. Alvarez Riveras, encontró el color de la piel y mucosas visibles bastante bueno; la esclerótica ligeramente subictérica. Lengua húmeda, roja, ancha y sin capa saburral; no había ni había habido trastornos gástricos, si se exceptúa la diarrea—cinco ó seis deposiciones—provocada por los calomelanos. Las heces eran abundantes, verdosas, con abundante moco y alguna gota de sangre roja, procedente todo de la colitis y del plexo hemorroidal.

El hígado tenía dimensiones normales; era algo sensible, muy poco, á la palpación del borde, pero era dolorosa, muy dolorosa, la presión en los espacios intercostales de la región hepática. El enfermo contraía la cara y exhalaba en son de protesta un quejido. El bazo no se palpaba, y limitado por la percusión, acusaba aumento de volumen.

El corazón latía con violencia y á cada sístole elevaba mucho la región precordial; la punta latía en el 5.° espacio — línea mamilar —; no había ó no se apreció *trill*. El pulso era amplio, fuerte, metálico, regular y frecuente; esta frecuencia se manifestaba más patente al más ligero esfuerzo corporal. Los límites de la macicez cardíaca eran perfectamente normales; no rebasaba el borde derecho esternal. Llamaba la atención, en seguida que á la región precordial se miraba, la agitación intensa y continua de esta región.

Soplo sistólico, áspero, con marcada aspereza, prolongado, que se propagaba hacia la axila y hacia el foco aórtico; en éste parecía modificado, sin perder la aspereza y siempre sistólico; refuerzo marcadísimo del segundo tono pulmonar. El soplo no desaparecía—perdía intensidad—por los cambios de posición del tórax.

La temperatura en aquel momento era normal. No había una exagerada

demacración, como correspondía á la larga existencia de la enfermedad. El enfermo solía dormir bien, aunque algunas noches le atormentaba el insomnio y alguna excitación nerviosa; por lo demás, no se quejaba de nada más que de padecer aquellas fiebres, de molestia en el esternón de tetilla á tetilla, que calificaba de opresión, y de algunas palpitaciones.

Comprimiendo las regiones maleolares y cara anterior de la tibia, no existía edema; pero llamó la atención el hecho de que la presión despertaba al paciente agudísimos dolores á todo lo largo de la tibia, hasta el extremo de suplicar que no insistiese.

El enfermo padecía endocarditis vegetante recidivante, acaso ulcerosa, consecutiva á repetidos reumatismos poliarticulares agudos, la fiebre era debida á reumatismo febril; que esta fiebre se había exacerbado debido á la agudización de las lesiones del endocardio, y su tipo intermitente lo sería á la misma endocarditis con ó sin abscesos hepáticos.

A los cuatro días quéjase de dolor en el epigastrio y fallece pronto, tan pronto, que un sacerdote que á la sazón estaba en casa, apenas pudo prestarle auxilio espiritual. Ahora bien; la muerte debió ser producida por parálisis cardíaca, y ésta, acaso, por embolia de las coronarias: ¿por embolia en otros órganos? ¿Por perforación intestinal?

Es verosímil lo primero; lo segundo no daría lugar á una muerte, así, pues á seguida de la perforación, vendría el cuadro de la peritonitis aguda; además, quedó desechada la existencia de signo ó síntoma intestinal.

Ningún médico de los que le vieron negó dos hechos evidentes: 1.°, la existencia de varios ataques de reumatismo febril, y 2.°, lesiones en el endocardio, lo que llamaban *algo del corazón*. Ahora bien; como en el reumatismo lo excepcional es que no se presente *endo ó pericarditis*, ó las dos cosas, puede afirmarse la preexistencia, aunque no sea más que probable, de endocarditis: ésta puede ser aguda, simple y curar; mas si su agudeza es tal que pueda clasificarse de *verrugosa recidivante*, *tifoidea* ó *puohémica*, lo excepcional es la curación. En este caso, es posible, puede admitirse, la forma *verrugosa vegetante recidivante*, forma que en las últimas semanas revistiese la forma *puohémica*; también se explica el cuadro febril, coexistiendo la endocarditis con reumatismo febril, puesto que á éste serían imputables los dolores de la tibia y las crisis sudorales.

Litten, de Berlín, al tratar de la endocarditis en el último Congreso alemán de Medicina Interna celebrado en Wiesbaden del 18 al 21 de abril del presente año, admite, entre otras formas de endocarditis, la que él llama «maligna no purulenta», consecutiva siempre y como complicación de ciertas infecciones, entre las que coloca en primer lugar el reumatismo articular agudo. Dice que esta forma de endocarditis puede semejar á la forma simple y otras á la séptica y que el pronóstico es grave, pero no absolutamente fatal. En la misma sesión del referido Congreso, von Jürgensen dice que el carácter del reumatismo se ha modificado, y que los casos de tumefacción considerable de las articulaciones y fiebre persistente se han vuelto raros, y en cambio, los dolores suben á lo largo de la diáfisis ó sea sin localizarse en las articulaciones, coexistiendo con *endo* ó *miocarditis*, como sucedía en el caso expuesto; cree, asimismo que el tratamiento de la endocarditis exige la necesidad de mantener á los enfermos en cama todo lo más posible, y que

de esta manera se evita ó disminuye el peligro de complicaciones graves.

Como había padecido fiebre tifoidea, no hay para qué pensar en úlceras tíficas; además, la perforación daría origen al cuadro de peritonitis aguda ó agudísima (dolor, timpanismo, vómitos incoercibles, hipo..., muerte).

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 26 *de Junio de* 1900.

Absceso del cerebelo (estudio medico-quirúrgico). — El Dr. G. DIEULAFOY: El 7 de mayo último ingresó en mi Clínica un hombre de treinta y tres años, robusto, deprimido y como soñoliento, pero que á pesar de esto nos dió algunos detalles exactos respeto á su enfermedad. Vengo al hospital, dijo, porque desde hace doce días tengo dolores fuertes de cabeza. La región occipital era el sitio dominante del dolor. Se trataba de una cefalea profunda con irradiaciones y paroxismos.

Poco tiempo después de la cefalea, apareció otro síntoma, el vértigo. Unas veces los objetos parecían girar alrededor del enfermo, otras, su cuerpo ejecutaba, al parecer, movimientos oscilatorios á la derecha y á la izquierda.

Había á la vez vacilación que daba á la marcha, no el aspecto de la incoordinación tabética, sino el de un hombre ébrio.

El día 3 de mayo sobrevino un ictus, y el enfermo fué lanzado á la derecha; después de ingresar en el hospital, tuvo un nuevo ataque con caída á la izquierda.

A los tres días de su ingreso, aparecieron vómitos fáciles, espontáneos, sin esfuerzos, por simple regurgitación, bajo la influencia de las causas más triviales.

En los miembros nada de parálisis ni contractura, ni temblores, ni accesos epileptiformes, ni anestesia.

La cara y los órganos de los sentidos no se afectaron por el momento.

La palabra era normal, aunque lenta, y la respiración y la deglución normales.

La inteligencia y la función urinaria no presentaron alteración alguna; la orina no contenía albúmina ni azúcar.

El pulso, que era lento al ingresar el enfermo en el hospital, se elevó en pocos días de 56 pulsaciones á 108. La temperatura, que era de 37°,6, no excedió de 38°.

Era casi por completo el síndrome cerebeloso. No vacilé, por lo tanto, en diagnosticar una lesión del cerebelo. Quedaba por averiguar su naturaleza. En este caso, podía sospecharse ante todo en los abscesos del cerebelo, abscesos frecuentes á consecuencia de las otitis agudas y crónicas. Nuestro enfermo no había padecido otitis. El oído era normal; la presión de las regiones mastoideas era indolente. Era necesario pensar en otra cosa.

¿Había una hemorragia del cerebelo? No, porque los síntomas cerebelosos no habían sido ni repentinos ni simultáneos. ¿Existía un tubérculo grueso de los centros nerviosos de evolución latente hasta entonces? Era posible, aunque no se trataba de un enfermo tuberculoso. ¿Existía un tumor parasitario? ¿Por qué no? ¿Un glioma, un sarcoma? ¿Se trataba de una lesión sifilítica del cerebelo, lesión gomosa ó arteritis obliterante? El enfermo negaba la sífilis y no presentaba estigma alguno. Pero como en cuestión de sífilis todo es posible, empleé sin tardar el tratamiento.

Los días siguientes, 8, 9 y 10 de mayo, la situación fué agravándose. Como el tratamiento médico era impotente y el específico no daba esperanza alguna de mejoría, pensé en el quirúrgico.

No obstante, consulté la opinión del Dr. Brissaud. Admitió al punto el diagnóstico de lesión del cerebelo. Además del síndrome cerebeloso indicado, observamos síntomas oculares, que no existían cuando ingresó el enfermo, nistagmus y paresia del nervio motor ocular externo izquierdo y de la comisura labial izquierda. Aunque todo hacía presagiar un desenlace funesto, creímos que la única esperanza de salvación era la intervención quirúrgica.

La operación quedó, pues, decidida. Pero entonces el Dr. Marion nos planteó un problema que, para el operador, era de importancia capital. ¿En qué lado del cerebelo se había desarrollado la lesión? A este problema fué preciso responder. ¿En qué puede fundarse este diagnóstico de localización? La cefalalgia, los vértigos, la vacilación, la marcha como de una persona ébria, los vómitos, el nistagmus, son síntomas *comunes* á las lesiones cerebelosas de los dos lóbulos y del *vermis* y no pueden servir para localizar la lesión á la derecha ni á la izquierda; el ictus y la caída del enfermo hacia el lado izquierdo, carece de valor, porque pocos días antes, otro ictus análogo le había hecho caer hacia la derecha. Dos signos de poca importancia en apariencia favorecieron el diagnóstico de localización: la paresia del nervio motor ocular externo izquierdo y la del nervio facial del mismo lado. La lesión debía ocupar el lóbulo izquierdo del cerebelo, y era preciso operar á la izquierda.

El Dr. Marion aplicó tres coronas de trépano sobre la fosa cerebelosa izquierda. La respiración se suspendió en aquel momento; el corazón latía aún, pero los latidos tardaron poco en debilitarse y en suspenderse. Durante diez minutos, se emplearon todos los medios para reanimar la respiración. Muchas personas, creyendo muerto al enfermo, abandonaron la sala de operaciones. El Dr. Marion, con objeto de que cesara la compresión intracraneana, hizo saltar la tapa ósea, incindió la dura-madre y puso al descubierto el cerebelo.

Este parecía sano; no se descubrió en el tumor ni elevación ni deformación. El Dr. Marion le exploró en todos sentidos, y durante esta explora-

ción, el dedo tropezó con la cara posterior del bulbo raquídeo. Al punto, con sorpresa de los asistentes, el enfermo hizo una inspiración larga y ruidosa. Se retiró el dedo y la respiración cesó instantáneamente. De nuevo se aplicó el dedo sobre la cara posterior del bulbo, y las inspiraciones volvieron á presentarse; cesaban por completo en cuanto se suspendía la compresión bulbar. El mismo experimento se repitió con igual resultado varias veces, hasta que la respiración se restableció definitivamente; fué una verdadera resurrección. Durante el día, el enfermo siguió casi en el mismo estado que antes de la operación. Al día siguiente vino á verle su esposa; nos contó que su marido, un mes antes de caer enfermo, se había quejado de dolores en el oído izquierdo, dolores que fueron seguidos de un derrame. Nuestro hombre había padecido, por consiguiente, una otitis. Esta otitis no había sido ni intensa ni rebelde, porque el enfermo no la recordaba y negaba su existencia; pero indudablemente la lesión cerebelosa era un absceso consecutivo á una otitis padecida pocas semanas antes.

Aunque la situación del enfermo había empeorado bastante, se punzó el cerebelo en varios puntos, con el fin de descubrir el absceso. No se consiguió y el paciente murió aquel mismo día.

La auptosia demostró que el diagnóstico era exacto; se trataba de un absceso del lóbulo izquierdo del cerebelo, del tamaño de una avellana gruesa, situado en la región anterior del lóbulo, en la substancia blanca, algo hacia arriba y hacia afuera, que contenía dos gramos de pus cremoso y verduzco, en el que se encontró el pneumococo.

No había más lesión. Ningún indicio de meningitis. Los senos estaban sanos, el peñasco normal. El absceso cerebeloso no podía explicarse por la continuidad ó la contigüidad de las lesiones; se trataba en el verdadero sentido de la frase «de un absceso á distancia» análogo á los de la apendicitis. La otitis, causa primera de los accidentes, había curado; los cortes del oído medio y del interno no revelaban lesión alguna.

Tal es la observación de este absceso del cerebelo; quizá puedan sacarse de él algunas enseñanzas.

Conviene precisar un primer punto: una otitis, aunque ligera y de poca duración, puede engendrar en pocas semanas un absceso cerebeloso mortal, de la misma manera que una apendicitis, poco intensa y de corta duración, es capaz de producir en pocas semanas las supuraciones del hígado y de la pleura, el hígado y la pleuresía apendiculares. En nuestro enfermo, la otitis fué ligera, pero ocasionó á distancia el absceso cerebeloso.

Toda otitis es capaz de engendrar el absceso del cerebelo; en cuanto hay otitis, en cuanto la cavidad timpánica está infectada y queda infectada, las complicaciones intracraneanas, absceso cerebeloso y absceso cerebral, son de temer; es una cuestión de exaltación de virulencia en cavidad cerrada, patogenia que he asimilado á la de la apendicitis.

El oído medio se infecta por la trompa de Eustaquio; si el conducto de esta trompa se oblitera, la cavidad cerrada queda constituída y el resultado es la exaltación virulenta. La perforación de la membrana del tímpano ó la desobstrucción de la trompa, pueden suprimir la cavidad cerrada, y los accidentes son conjurados, al menos por el momento. Pero las cavidades del oído, el antro y las células matoideas, se prestan admirablemente al

proceso de las cavidades cerradas secundarias de fechas más ó menos remotas. Entonces pueden sobrevenir complicaciones de varias clases: flebitis, trombosis de los senos (principalmente del lateral), meningitis difusas ó localizadas, paquimeningitis, meningitis cerebro-espinal, absceso del cerebro y del cerebelo. En este caso, igual que en la apendicitis, las lesiones pueden producirse por continuidad, por contigüidad ó á distancia.

En nuestro enfermo, el síndrome cerebeloso quedó en estado de pureza. Bastó un abscesillo desarrollado en la substancia blanca de un lóbulo del cerebelo para provocar cefalea, pérdida de equilibrio, vacilación, marcha como la de un ébrio, vómitos, vértigos, ictus súbitos, nistagmus, neuritis óptica bilateral, paresia homóloga de los nervios motor ocular externo y facial izquierdos, soñolencia, coma vigil. Todos estos síntomas pueden existir, sea la que quiera la localización del absceso, excepto las paresias de los nervios del sexto y séptimo par, que indican el lado de lá lesión.

Estas nociones indican, al parecer, que el diagnóstico del absceso cerebeloso es cosa facilísima. Error, porque muchas veces se tropieza con grandes dificultades. Discutiremos, por lo tanto, este diagnóstico.

Supongamos un enfermo que ha padecido otitis reciente ó antigua. En un momento dado, este enfermo presenta el síndrome cerebeloso típico. Se piensa al punto en un absceso cerebeloso consecutivo á la otitis y en la intervención quirúrgica. Y, sin embargo, este hombre no padece absceso cerebeloso, el cerebelo está sano, la causa del síntoma no es este órgano, sino el oído; el síndrome es de origen laberíntico y no cerebeloso.

Me explicaré.

En ciertos casos, las lesiones del oído producen síntomas (trastornos auditivos, zumbidos, vértigos, ictus) que se han designado con el nombre de vértigo de Ménière; á estos síntomas pueden agregarse otros (cefalea, vómitos, nistagmus) y la lesión auricular reproduce en su conjunto el síndrome cerebeloso.

Pero por análogo que sea el síndrome cerebeloso (prueba de una lesión del cerebelo) y el laberíntico (prueba de una lesión de laberinto) es posible distinguirlos, lo que permite no aconsejar indebidamente una operación para un absceso cerebeloso que no existe. Véanse los signos distintivos: la cefalea de origen laberíntico no tiene la intensidad, ni la persistencia, ni la localización de la de origen cerebeloso; además, en el caso de absceso del cerebelo, la fiebre es frecuente; los síntomas, una vez que se han presentado, no se atenúan; la soñolencia, la apatía, se acentúan cada vez más; nada de esto acontece en el síndrome laberíntico.

Hay otro diagnóstico que no carece de dificultades: es el del absceso del cerebelo con el del cerebro.

En el caso de absceso cerebral, el vértigo es menos acentuado, la marcha menos vacilante, la cefalea llega al máximum en la región temporal y no en la occipital; los trastornos motores están cruzados, son opuestos á la lesión cerebral, y ocupan, por lo tanto, el lado contrario á la otitis; finalmente, existen algunos síntomas que tienen un gran valor, como, por ejemplo, la afasia sensorial, la ceguera verbal y la hemianopsia.

En los tumores del cerebelo, glioma, glio-sarcoma, tuberculoma, tumores parasitarios, la evolución es mucho más lenta que en el absceso; ade-

más, como todo tumor tiende á desarrollarse hacia el exterior, resultan síntomas de compresión, que nada tienen que ver con la lesión limitada al cerebelo. Finalmente, la existencia de la otitis es un dato de gran valor para el diagnóstico del absceso.

No debe olvidarse que existen arteritis cerebelosas sifilíticas, idénticas á las arteritis cerebrales sifilíticas, seguidas de reblandecimiento del cerebelo con síndrome cerebeloso que justifican el tratamiento específico, y que nada tienen que ver con la cirugía.

El tratamiento del absceso del cerebelo es puramente quirúrgico; conviene operar á su debido tiempo, antes de que las lesiones secundarias hayan tenido tiempo de producirse.

Conclusiones. — 1.ª El absceso del cerebelo es consecutivo casi siempre á una otitis. Poco importa que ésta sea aguda ó crónica, que vaya ó no acompañada de derrame; en cuanto la caja del tímpano se ha infectado, los agentes patógenos pueden hacerse más virulentos en las cavidades cerradas de la caja, el antro, las células mastoideas. Después se propagan en diferentes direcciones.

2.ª Las lesiones intra-craneanas consecutivas á las otitis son múltiples, meningitis cerebral, cerebro-espinal, paquimeningitis, flebitis y trombosis de los senos, absceso del cerebro y del cerebelo.

3.ª El absceso del cerebelo provoca generalmente el síndrome cerebeloso, cefalea de predominio occipital, vértigos, ictus, pérdida del equilibrio, vacilación, marcha como la de un ébrio, vómitos, nistagmus, contractura cervical, neuritis óptica, astenia muscular, estado de soñolencia rayana con el coma. Estos síntomas, que constituyen el síndrome cerebeloso típico pueden existir, cualquiera que sea la parte del cerebelo lesionada. Otros dos síntomas, la paresia facial y la del nervio motor ocular externo, permiten localizar la lesión cerebelosa en uno de los lóbulos del cerebelo, como aconteció en nuestro enfermo.

4.ª El diagnóstico del absceso del cerebelo ofrece alguna dificultad. El síndrome cerebeloso tiene grandísimas analogías con el auricular ó laberíntico; he aquí los elementos de diagnóstico. La cefalea, de origen laberíntico, no tiene la intensidad, ni la persistencia, ni la localización de la de origen cerebeloso; la soñolencia, la apatía se acentúan cada vez más en la lesión cerebelosa, lo que no acontece en el síndrome laberíntico.

5.ª El absceso del cerebelo debe distinguirse del absceso del cerebro (lóbulo temporo-esfenoidal y lóbulo occipital). En el caso de absceso cerebral, los trastornos motores, paresia, contractura, espasmos, están localizados en el lado opuesto á la lesión y á la otitis; la ceguera verbal y la hemianopsia son dos signos importantes.

6.ª Los tumores del cerebelo, glioma, gliosarcoma, tuberculoma, tumores parasitarios, producen también el síndrome cerebeloso; pero rara vez existe en estado de pureza, porque los tumores, en su tendencia á propagarse al exterior, provocan síntomas de compresión y de vecindad.

7.ª La sífilis del cerebro merece un sitio aparte, desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento.

8.ª La intervención quirúrgica á su debido tiempo, es el único tratamiento aplicable á los abscesos del cerebelo.

El Dr. Laborde : Conviene relacionar estos hechos clínicos con los experimentales. Se sabe que los fisiólogos han acumulado hipótesis sobre la función del cerebelo. El caso clínico del Dr. Dieulafoy equivale á un experimento. Pero no puedo considerarle como de una pureza virginal. Es indudable que los fenómenos del facial, del motor ocular común, del pneumogástrico, no dependen directamente de la acción cerebelosa, sino de una acción secundaria del cerebelo sobre el bulbo.

Cuanto á la corteza cerebelosa, es insensible en absoluto, y sus lesiones pueden quedar latentes ; no es lo mismo cuando se tocan los pedúnculos y las prolongaciones cerebelosas ; se producen entonces, según Flourens ha demostrado, fenómenos de desequilibrio. Pero el procedimiento de Flourens, que ocasiona grandes traumatismos, no está exento de inconvenientes.

He imaginado un procedimiento que me permite producir una excitación localizada perfectamente en un punto cualquiera, cerebelo, pedúnculo cerebeloso superior, medio ó inferior.

Presento un conejillo de Indias al que he producido así una lesión del pedúnculo cerebeloso medio, y que no puede hacer movimiento alguno sin ejecutar movimientos rotatorios alrededor del eje de su cuerpo.

Un conejillo de Indias, tratado así desde muy pequeño, se desarrolló, no obstante, perfectamente, pero conservando un desequilibrio con movimientos rotatorios.

El cerebelo no es, por lo tanto, un centro psíquico, como se ha dicho ; es un centro de movimientos, no de incitación á los movimientos, sino de equilibrio de ellos.

La lesión del pedúnculo cerebeloso superior no produce el movimiento de rotación, sino el de equilibrio.

La del pedúnculo cerebeloso inferior, ó cuerpo restiforme, se obtiene con facilidad en la rana. El animal salta con igual fuerza que antes, pero lo hace hacia el lado de la lesión, y al nadar, nada siempre de este lado.

El nervio laberíntico se une precisamente con un núcleo de células motoras situadas en el cuerpo restiforme ; las lesiones laberínticas producen fenómenos cerebelosos por la excitación de este núcleo.

En el caso observado por el Dr. Dieulafoy, el enfermo cayó á la izquierda, pero cayó á la derecha otra vez. No sé si el dato suministrado por el enfermo sobre esta última caída es cierto. Es probable que cayera siempre á la izquierda, pero que en sus esfuerzos para recobrar el equilibrio excediera del objeto, y cayera también á la derecha.

Porque la dirección del movimiento es constante y capital para hacer el diagnóstico de la localización á la derecha ó á la izquierda.

Operaciones conservadoras en las salpingo ovaritis supuradas. — El doctor Cerné : Desde hace bastantes años seguía la conducta de la mayoría de los cirujanos, conservando de cuando en cuando trompas poco enfermas, practicando la ignipuntura de ovarios esclero-quísticos ; pero pensé que había que hacer algo mejor. He procedido, por graduación prudente, á tentativas más arriesgadas. Desde octubre de 1898 á mayo de 1900 he practicado 28 laparotomías por salpingo-ovaritis ; sólo he extirpado las trompas 7 veces, ó sea una vez cada 4. De estos 7 casos, la trompa estaba completamente impermeable en 3 ; una vez temí que la lesión fuera de naturaleza tubercu-

losa; otra vez había un fibroma cuya evolución podía contener la ablación de los ovarios (lo que no sucedió, porque finalmente hube de practicar la histerectomía á causa de la persistencia de las hemorragias); dos veces la conservación hubiera sido sin duda posible, pero estaba al principio de mis ensayos.

Entre los 21 casos en que adopté la práctica conservadora, unos 12 en los de las trompas conservadas estaban muy alteradas, muy aumentadas de volumen, muy adherentes, cerradas con ó sin líquido en el interior. Cuatro veces contenían pus. Una de estas enfermas murió de peritonitis. En este caso desconocí una indicación de la ablación: los abscesillos superficiales.

He aquí mi manual operatorio: rompo las adherencias, abro la trompa todo lo posible é introduzco un estilete en el orificio uterino para comprobar su permeabilidad. Hago entonces la desinfección minuciosa con el cloruro de zinc al 1 por 10, y reseco un fragmento si es necesario; una sutura á punto por encima reune los bordes de la incisión, dejando un pabellón ancho, al que se une el ovario por algunos puntos de sutura. Si es preciso, se reseca el ovario.

Excepto en los casos de muerte, las consecuencias han sido benignas, y las enfermas abandonaron el Hospital antes del mes de operadas. He vuelto á ver á varias algunos meses después. Todas están curadas y su estado general y local es bueno; una sola ha vuelto á ingresar en el Hospital con dolores locales, que desaparecieron con el reposo. Ni una sola de mis operadas ha quedado embarazada, pero la fecha de las operaciones es muy reciente y no hay motivo para desesperar.

Influencia de las moscas en la propagación de la conjuntivitis granulosa.— El Dr. Hervieux presentó, en nombre del Dr. Lafforgue, una nota referente á la propagación de la conjuntivitis granulosa por las moscas en el Sur de Argelia. En la época de la recolección de los dátiles, cuando las moscas son más abundantes, los indígenas, al dormir la siesta, tienen la cara, las manos y los brazos impregnados de líquido azucarado, que atrae gran cantidad de insectos. Si se examinan los productos de secreción de la conjuntivitis granulosa; si se exprime la trompa de una mosca que ha estado en contacto con un ojo enfermo, y se examina el producto de expresión, el microscopio demuestra la identidad de los dos productos. Las moscas pueden servir de medio de transporte para los gérmenes de la enfermedad.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 *de Junio de* 1900.

Un caso raro de oclusión intestinal.—El Dr. Rochard: El Dr. Morestin nos ha enviado esta observación que se refiere á una multípara, de veintinueve años, en cuyos antecedentes figuran trastornos peritoneales en 1895, que se supusieron debidos á una apendicitis. En 1898 comienza el segundo embarazo, hacia el fin del cual aparece la albúmina. El 24 de abril tuvo cefalalgia,

dolores de vientre y vómitos; parió al día siguiente, é inmediatamente después del parto, tuvo un dolor muy vivo alrededor del ombligo. Al día siguiente, se observó en esta región, y á la izquierda de la línea media, una tumefacción renitente, redondeada, dolorosa y sonora. Se practicó la laparotomía y se encontró un asa intestinal arrollada sobre sí misma; una vez desenrollada el asa intestinal, se observó que había otra causa de estrangulación debida al paso de dicha asa intestinal á través de un orificio de su mesenterio; se desbridó, se colocaron las suturas en la pared y se obtuvo la curación.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis renal. — El Dr. Bazy: Participo de la opinión del Dr. Routier, en contra de lo que aquí ha sostenido el doctor Albarrán, respecto á las dificultades que presenta el cateterismo ureteral. Cuando he dicho que una nefrectomía exploradora era menos grave que un cateterismo no me parecía que esto fuera discutible, puesto que un cateter que atraviesa una vejiga infectada es indudablemente peligroso para el ureter. He sostenido que el cateterismo ureteral no era aplicable en las estrecheces, y lo sostengo, puesto que aquél, para poder ser practicado, necesita una dilatación hasta el número 25 y este grado de dilatación no siempre es fácil de obtener. El Dr. Albarrán, nos ha dicho que en el niño, en el cual el cateterismo ureteral, según nosotros, no es posible, la tuberculosis renal es rara. Sin embargo, él mismo en un artículo del *Tratado de Cirugía*, ha escrito que esta tuberculosis era frecuente de los trece á los treinta años. Yo sostengo que el cateterismo puede ser peligroso traumatizando el canal; nuestro colega nos ha afirmado aquí lo contrario, y sin embargo, en algunas tesis de sus discípulos se observa muy claramente dicho peligro. Por otra parte, el Dr. Albarrán ha escrito que en las hidronefrosis simples era supérfluo conocer el estado del otro riñón, y que era inútil hacer el cateterismo; además le proscribe en las retenciones sépticas y en la tesis de Gosset, hecha bajo su inspiración, declara que puede tener inconvenientes y que no se debe practicar sino en el caso de ser necesario. Estas diferentes citas nos muestran claramente que el Dr. Albarrán no ha tenido siempre la misma opinión acerca del cateterismo. Para nosotros, persistimos en la idea de que dicho medio es, con frecuencia, difícil de aplicar; puede ser peligroso y no es necesario, en la inmensa mayoría de los casos, para establecer un diagnóstico.

El Dr. Delbet: Nunca he practicado el cateterismo de los uréteres, pero con frecuencia he ordenado practicarlo á los discípulos del Dr. Albarrán para precisar diagnósticos difíciles y no tengo motivo más que para dirigir alabanzas á este método que suministra excelentes datos y sin que nunca haya provocado accidentes.

El Dr. Walther: El cateterismo de los uréteres me parece un excelente medio de diagnóstico.

El Dr. Reynier: Este procedimiento es, en efecto, un excelente medio de diagnóstico, pero no siempre es de fácil ejecución; algunas veces es imposible en la práctica y puede provocar accidentes muy graves.

Un caso de torsión epiplóica en un saco herniario.—El Dr. Broca: El doctor Chavaunaz nos ha enviado la observación de un joven que tenía un hidrocele y encima de éste una gruesa masa pastosa en parte irreductible. Hecha la

incisión de los tegumentos se encontró una franja epiplóica cuya extremidad inferior se había arrollado sobre sí misma y era adherente á un saco de quiste del cordón.—CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 30 de Mayo de 1900.

Eritromelalgia. —El Dr. LASSAR: La señora que aquí comparece presenta en la región de la muñeca derecha una hinchazón con frialdad de la piel respectiva y todos los signos propios de la atrofia de la misma. En todo lo demás, el estado de salud de esta señora es completamente normal. Estos casos son raros. La confusión con la esclerodermia es fácil. En los casos observados por mí, la afección se atribuyó fundadamente á un enfriamiento intenso; en uno de ellos, la enferma había estado ocupada en cavar en un terreno pantanoso. La enferma actual se enfrió al lavar y enjugar el brazo.

Epidermolisis hereditaria bullosa.—El Dr. LASSAR: Se trata de un niño de tres años, de familia completamente sana, y en quien, por lo tanto, no hay ningún antecedente hereditario. La primera impresión que hace este enfermo es que padece de ictiosis pigmentaria; sin embargo, este parecido se comprende y explica porque los colgajos epidérmicos cambian de color y se ensucian. La afección se manifestó desde el principio de la vida, puesto que ya después del primer baño, se empezó á desprender la epidermis, lo cual se siguió repitiendo después con el menor motivo, al vestir al niño, desnudarle, moverle y tocarle. Además, se forman también vesículas; pero de éstas sólo quedan restos. Se trata, en esta afección, de una debilidad congénita de los tejidos.

El pronóstico es desfavorable. El tratamiento tiene que limitarse á la aplicación de substancias protectoras.

Tumores de la piel. —El Dr. LASSAR: Los tumores de la piel que se ven en la enferma que aquí presento, provienen de una infiltración superficial. El mal presenta ahora indicios de curación. Estas curaciones son rarísimas. Köbner la consiguió con el empleo continuado del arsénico; pero yo he visto muchos casos tratados así, y que á pesar de eso acabaron casi todos con la vida de los pacientes. Sólo se consiguió la curación completa y también con el uso insistente del arsénico en una enferma que mis ayudantes presentaron hace año y medio á esta misma Sociedad con el período inicial de la micosis fungoides, la cual se parece á la sarcomatosis.

El Dr. A. BAGINSKY: Los procesos queratolíticos son sumamente peligrosos en los niños de corta edad; el desprendimiento de la epidermis se efectúa con tal rapidez que parece como si hubieran sido escaldadas las criaturas. Así es que sucumben con facilidad si no se procura á la piel cierta defensa. Este estado debe considerarse, en cierto modo, como el período agudo de la afección que presenta la enferma que nos ha traído Lassar. En lugar de los ungüentos que antes se usaban y que son inútiles, he empleado con éxito, en algunos casos, los baños de cocimiento de corteza de encina.

Despues del baño se seca muy bien el niño y se le polvorea la piel con polvo de zinc ó de talco. En los casos crónicos, como el de Lassar, acaso convenga combinar el uso de los ungüentos con el de los baños de cocimiento de corteza de encina.

El Dr. Lassar: En mi opinión, los casos de dermatitis exfoliativa aguda de los recién nacidos que ha descrito Baginsky, son cosa distinta que los de queratolisis hereditaria bullosa.

Tratamiento de las estrecheces callosas de la uretra. — El Dr. Lohnstein dice que los resultados que se han obtenido en estos últimos tiempos con el tratamiento de la hipertrofia prostática por el método de Bottini, le han animado á hacer idear un uretrótomo, que está construído según los principios del incisor de Bottini. Después de describir el instrumento y el modo de emplearlo, estudia las indicaciones y contraindicaciones de la operación y da cuenta de lo observado en los 17 casos operados, insistiendo particularmente en dos de ellos, de los cuales uno de ellos tenía sesenta y cinco años y el otro cuarenta y dos. Los 17 enfermos padecían de estrecheces antiguas; 15 eran hombres y 2 mujeres. La afección tenía en el caso que menos cinco años de fecha, en algunos tenía treinta y había síntomas muy acentuados de iscuria. El efecto inmediato de la operación fué notable; la primera micción se efectuó siempre fácilmente y sin dolor alguno; jamás se observó retención de orina. En los días siguientes, tampoco sintieron los operados ninguna molestia, si se prescinde de cierta mayor sensibilidad. Sólo en un caso se presentaron, después de la segunda sesión, tenesmo más frecuente y dolores en la región vesical. La mejoría ha persistido en todos los casos, y ya hace de esto más de un año.

Los resultados obtenidos son muy superiores á los alcanzados por medio de una intervención quirúrgica externa.

El Dr. A. Freudenberg: He de recordar que el procedimiento galvanocáustico de Middeldorpff, que al principio tuvo cierta aceptación, se ha ido abandonando, porque no hacía más que sustituir la estrechez inflamatoria por una estrechez cáustica, seguida de formación de cicatriz. Cierto es que el peligro del procedimiento de Middeldorpff era mayor, y sus efectos peores que los producidos por el instrumento de Lohnstein, porque el primero produce una escara circular; siempre se producía cierta cauterización y destrucción de lo que quedaba de la circunferencia uretral. Un inconveniente del instrumento de Lohnstein es que las circunstancias de una uretra estrechada son otras que las de una hipertrofia prostática, pues en este último caso no sólo no hay estrechez, sino que hasta está aumentada la circunferencia del conducto uretral. Este se halla, sí, acodado, con una oclusión valvular y comprimido, pero no como en el caso de la estrechez uretral, en que la circunferencia es mucho menor que en circunstancias normales. Un año de observación es muy poco para conocer el resultado de esta clase de intervenciones.

El Dr. R. Kütner: También yo creo que hace falta esperar más tiempo para juzgar el procedimiento de Lohnstein. No se comprende por qué una incisión cáustica no ha de dejar cicatriz. Estos ensayos electrolíticos ya se habían hecho antes, pero hasta la fecha siempre fueron seguidos de recidiva. Respecto á los demás éxitos de Lohnstein, se explican, porque en tales

casos los cortes no habían sido tan profundos. Yo concedería importancia á los métodos que sirvieran para los primeros períodos, en que sólo pasan los números 12 á 15 de Charrière, porque resulta sumamente difícil ir más allá, y convendría mucho poseer un instrumento con el que se pudiera cortar las bridas que se oponen á nuestro paso; mas para esto es demasiado grueso el instrumento de Lohnstein, ya que corresponde á los números 19 y 20 de dicha escala. Ahora bien, en este caso no hace falta ningún instrumento cortante. Pueden suceder dos casos: ó existe un callo duro que opone gran dificultad á la dilatación, ó un tejido retráctil que después de dilatado vuelve al poco tiempo á su estado anterior. En el primer caso siempre me las he arreglado con la dilatación gradual; en el segundo tampoco sirve de nada el insistir en el empleo de las candelillas. Nunca me he visto en el caso de tener que apelar á otro método que á la dilatación gradual, pues con él he consegnido el objeto deseado. Desde que empleo sistemáticamente la asepsia, y acostumbro á los enfermos á que ellos mismos se sondeen asépticamente, han dejado en absoluto de presentarse los escalofríos que también observó Lohnstein; se presentan, sí, schok y fiebre uretral, pero no escalofrío. Parece que el instrumento de Lohnstein podrá ser útil en los casos en que el obstáculo es una sola brida; sin embargo, la gran ventaja del procedimiento de Lohnstein creo que habrá de consistir en que corta con una asepsia completa. En otro tiempo, la mayoría de los uretrotomizados sucumbían de hemorragia y de asepsia. El antiguo método de dilatación, continúa siendo el más eficaz y el más recomendable.

El Dr. Lohnstein: No hay la pretendida semejanza entre el procedimiento de Middeldorpff y el que yo aconsejo. El tiempo es ciertamente quien habrá ó no de confirmar los buenos resultados obtenidos por mí; pero de todos modos son mejores que los alcanzados por los demás procedimientos que hasta ahora se vienen empleando.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 18 *de Mayo de* 1900.

Luxación humeral congénita y subacromial.—El Dr. Bum: La inspección revela en el sujeto que aquí presento, la falta de la convexidad normal del hombro; la palpación hace ver que la cabeza del húmero no está en su sitio y que por debajo del acromion hay una prominencia dura, lisa y hemisférica que sigue los movimientos de rotación de dicho hueso; es la cabeza dislocada del mismo, que se articula con el borde de la cavidad glenoidea y con el acromion. Este enfermo, que hoy tiene diez años, cuando vino al mundo tuvo que ser extraído por medio del forceps; inmediatamente después presentó una parálisis del facial derecho que desapareció muy pronto, y una inmovilidad del brazo del mismo lado, que á pesar del largo tratamiento empleado, sólo mejoró con mucha lentitud. Se trata, según esto, de una parálisis traumática producida durante el parto y que dió origen á la luxación del húmero y á la subluxación de los dos huesos del antebrazo, en

la articulación del codo derecho. Ambas luxaciones deben seguramente interpretarse como consecuencia del predominio de algunos grupos musculares no paralizados, sobre otros que lo están. Se trata, por lo tanto, de luxaciones paralíticas producidas secundariamente.

Rotura subcutánea del intestino, curada por medio de la laparotomía. — El Dr. Schnitzler: El sujeto de veintitrés años que aquí comparece, llevando una oveja resbaló, se cayó hacia atrás y la oveja cayó sobre su abdomen. A las veinticuatro horas del accidente se practicó la laparotomía en medio de la anestesia clorofórmica. Después de abierta la cavidad abdominal se evacuó un líquido purulento que estaba mezclado con contenido intestinal; este líquido estaba acumulado en gran cantidad en el lado derecho del hipogastrio y no aparecía encerrado en ninguna parte por adherencias sólidas. Examinado el intestino delgado en toda su extensión, se vió que todo él se hallaba cubierto de un exudado fibrinoso-purulento. En la porción media del íleo se encontró en la parte convexa del intestino una perforación del tamaño de una judía, y por la que salía contenido intestinal. Se suturó la herida del intestino, se lavó perfectamente la cavidad abdominal, y se procedió á lavar el intestino delgado, que aparecía á la vista, con una disolución muy caliente de sal común al 6 por 100. Se colocaron tubos de desagüe y tapones de gasa iodofórmica en el espacio de Douglas y en el lado derecho del hipogastrio. Se redujo la herida abdominal. La curación se efectuó sin ningún contratiempo.

Cuando se trata de lesiones traumáticas subcutáneas de los órganos contenidos en la cavidad abdominal, es muy difícil establecer las indicaciones terapéuticas, sobre todo porque es frecuente que el estado general se conserve bien á pesar de existir una infección peritoneal muy extensa. El dolor circunscrito y la contracción de las paredes abdominales, son síntomas de mucha importancia. Soy partidario de la intervención precoz en las lesiones subcutáneas del peritoneo de origen traumático, siempre que no pueda excluirse con seguridad una lesión intestinal. La estadística demuestra, que á medida que se opera más tarde, las probabilidades de un mal resultado aumenta con mayor rapidez.

Hace once días operé otro caso de lesión traumática del intestino, que es muy interesante por su modo de producirse. Un herrero, de veinte años de edad, trabajaba con el martillo un trozo de hoja de lata, del cual saltó un pedazo que, atravesando las ropas, penetró en el vientre. Yo ví al sujeto hora y media después de esto; se hallaba en un *schok* profundo. A la derecha y por debajo del ombligo salía un trocito de epiploón por una herida cutánea de unos 15 milímetros de largo. Se procedió en el acto á la laparotomía y á examinar prolijamente el intestino, viéndose entonces que en la porción más inferior del íleon había un asa intestinal con una herida de bordes agudos que comprendía un tercio de su circunferencia y que llegaba hasta la inserción del mesenterio; allí había también una arteria que daba sangre. Se ligó el vaso y se practicó la sutura intestinal. En el mesenterio se hallaba el trocito de hoja de lata de 2 milímetros de grueso y de unos 14 de diámetro. Lavado de la región abdominal inferior, taponamiento y sutura parcial de las cubiertas abdominales. El enfermo se halla ahora en camino de mejorar.

Equinococo del bazo y del hígado.—El Dr. Weinlechner: El sujeto de cincuenta años que aquí presento, refiere que hace dieciocho fué cuando notó por primera vez la existencia de un tumor duro en la región del bazo; seis años después apareció otro análogo en la región hepática. No comenzó á sentir dolores hasta el mes de febrero último. El vientre está abultado, sobre todo en su porción superior, y este abultamiento es ocasionado, al parecer, por dos tumores de tamaño desigual que parecen corresponder al hígado y al bazo. El tumor esplénico presenta prominencias tuberosas de diversa consistencia. En el tumor hepático también se observan estas diferencias de consistencia pero menos marcadas, y el tumor es de superficie lisa. No hay ascitis. La tumefacción edematosa de las extremidades inferiores llega hasta el nivel de la rodilla. El diagnóstico es de equinococos, porque el examen microscópico del líquido obtenido por punción, reveló la existencia de escolex de equinococos, de ganchos y de membranas. A mi juicio, el equinococo del bazo es múltiple; en cambio en el hígado parece existir un gran saco. Como terapéutica, estaría indicada la esplenectomía, y la incisión del gran saco hepático seguida de sutura peritoneal.

Estudios sobre la corriente aérea en las fosas nasales. — El Dr. Rethi: En el estado normal, el aire inspirado penetra en dirección perpendicular al plano de las ventanas de la nariz, choca en el tabique y pasa describiendo un arco por delante del extremo anterior del cornete inferior, siguiendo principalmente por el meato medio y en dirección del espacio naso-faríngeo. Donde es menos marcado el movimiento del aire, es debajo del techo de las fosas nasales. La corriente del aire espirado sigue la misma dirección en sentido inverso. En las narices chatas el arco no es tan convexo. La corriente aérea sigue esencialmente la misma marcha en los casos en que los meatos nasales son relativamente anchos y en que también es ancha la hendidura olfatoria; la turgencia de la mucosa nasal que se mantiene dentro de los límites normales, tampoco ejerce una influencia apreciable. Por lo que se refiere á los senos, he observado que el movimiento del aire en los mismos no sólo depende de la fuerza y de las alternativas de la corriente aérea, sino más especialmente del tamaño de su abertura, de la forma de ésta y de la configuración de las partes más próximas.

Para investigar la marcha que sigue el aire cuando existen lesiones patologicas, imité artificialmente los engrosamientos totales ó parciales, las excrecencias del tabique nasal, las formaciones adenoideas en el techo de la faringe, etc. El aire se desvía según los obstáculos que encuentra en su camino, pero siempre tiende á conservar su dirección normal. Así en los casos de hipertrofia del cornete medio ó de pólipos que tocan en el tabique circular, pasa principalmente por debajo de ellos, y en parte también por encima en dirección hacia atrás. Si hay vegetaciones adenoideas, la corriente de aire desciende en la parte posterior, bruscamente por el espacio naso-faríngeo. Cuando el meato inferior está hipertrofiado en su centro, el aire circula como en el estado normal; si los extremos de este cornete están muy aumentados de volumen, la corriente aérea se desvía. La resección del cornete inferior no hacía variar gran cosa la dirección de la corriente aérea; èsta no llega al punto resecado sino en los casos de lesiones patológicas muy pronunciadas, de engrosamiento considerable de los extremos de los cornetes ó

localizada por encima de éstos. Estos datos concuerdan por completo con lo que nos enseña la clínica, pues es muy frecuente ver hipertrofias del cornete inferior que ocupan todo el meato inferior sin que exista sensación subjetiva de estrechez nasal, y en cambio se observan síntomas de esta naturaleza estando expedito el meato nasal inferior, cuando está engrosado el cornete medio ó existen vegetaciones adenoideas ó hipertróficas del cornete inferior. Según esto, la mucosa de este cornete no influye mucho en las cualidades del aire que pasa por las fosas nasales, ni en su temperatura ni en su grado de humedad, por lo cual la extirpación más ó menos completa de la misma tampoco acarrea alteraciones apreciables en este concepto.

Método fácil y seguro de determinación cuantitativa del ácido úrico y de las bases purínicas (bases aloxúricas) en la orina. — El Dr. Jolles: Conocida es la importancia fisiológica que tienen el ácido úrico, la hipoxantina, la xantina y la adenina, á causa de su presencia en los tejidos y en la orina. También la tienen los cuerpos metílicos de este grupo, tales como la teobromina y la cafeína por los efectos que producen en el organismo. La mayor parte de los procedimientos que se han propuesto para determinar la presencia y cantidad de todos estos cuerpos, dan resultados muy inciertos. No sucede así con el que yo empleo, el cual se funda en el principio que sirve de base á mi método de determinación del ácido úrico.

Para separar las bases purínicas en la orina, uso la sal doble de magnesio y plata. El precipitado magnesio-argéntico por sí sólo ó previa separación de la plata, se oxida con una disolución sulfúrica de permanganato potásico; la mezcla ya oxidada se neutraliza y se la mezcla en el areómetro con lejía brómica y se mide el nitrógeno que queda en libertad. Esta cifra da el nitrógeno del ácido úrico más el de las bases purínicas. Si al mismo tiempo de una cantidad igual de la misma orina se aisla el ácido úrico precipitándolo con acetato amónico y se procede después á la oxidación y al ensayo en el areómetro lo mismo que en el caso anterior, por la diferencia entre los volúmenes de nitrógeno hallados en ambos casos, se calcula el que corresponde á las bases purínicas. Esta última cifra, sólo con grandes reservas se puede, por ahora, utilizar para el diagnóstico, puesto que únicamente cuando es muy elevada, es cuando estamos autorizados á deducir que existe una gran destrucción de material nucleínico. Las orinas que contienen poco nitrógeno total y mucho del que corresponde á los cuerpos purínicos, inducen á admitir la existencia de degeneraciones profundas en el organismo. Yo he encontrado una gran cantidad de nitrógeno correspondiente á las bases purínicas en dos casos de cáncer gástrico, en uno de tifus, y en otros de anemia perniciosa y de leucemia. Estos hechos han sido observados también por otros autores. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Empleo del ácido láctico en la diarrea infantil. — El ácido láctico es utilísimo contra la diarrea verde infantil. Pero existen, dice el Dr. Bailey, diarreas verdes en las que no está indicado este medicamento; en los dos primeros

meses de la vida se observa una diarrea verde, debida á la presencia de la bilis, diarrea que no necesita combatirse porque es fisiológica. Cuando va acompañada de vómitos, depende, por lo general, de un defecto de alimentación y cesa adoptando algunas precauciones higiénicas. En otros casos se complica con infección intestinal y la terapéutica es impotente para corregirla. Después de los dos meses, suele observarse la diarrea verde bacilar, epidémica muchas veces. La coloración es debida, no á la bilis, sino al pigmento verde segregado por el bacilo. Para conocer si el color verde es debido ó no á la bilis, basta añadir á los excrementos una gota de ácido nítrico. En caso afirmativo, el color se hace rosado, después violeta y por último azul. Si el color verde es debido al pigmento bacilar, nada de esto se observa. En estas diarreas, el ácido láctico presta servicios utilísimos. El tratamiento se principiará haciendo tomar una dosis de 5 centígramos de calomelanos á los enfermos de menos de seis meses, y de 10 centígramos á los de más edad. Se emplearán además los lavatorios intestinales y la dieta. El enfermo tomará sólo agua para compensar la pérdida de serosidad. El agua será albuminosa ó bien agua de arroz. Las tomas de ácido láctico tienen la doble ventaja de hacer absorber agua y de introducir un agente antiséptico eficaz en las primeras porciones del intestino delgado donde no llega la acción del lavatorio. Hayem hace tomar en las veinticuatro horas, primero, 5 á 8 cucharaditas, y después hasta 20 de la preparación siguiente:

Acido láctico	2	gramos.
Jarabe simple	20	—
Agua	80	—

Lesage recomienda tomar una cucharadita de esta preparación, primero cada cinco minutos, después cada diez ó treinta, según la intensidad de los síntomas, y de hora en hora pasadas las tres ó cuatro horas primeras.

Thiercelin aconseja el ácido láctico á la dosis diaria de 2 gramos en los niños de menos de un año, y de 3 gramos en los de uno á dos años. Administra de hora en hora una cucharada de la disolución siguiente:

Acido láctico	2 á 3	gramos.
Jarabe de membrillos	30	—
Agua destilada	125	—

(*Thèse de Paris*).

Tratamiento de las afecciones parasitarias de la piel. — El Dr. Marcuse recomienda en las afecciones parasitarias cutáneas, principalmente en la sarna, un jabón que contenga 5 por 100 de extracto de tabaco (unos 6 gramos de nicotina en una pastilla) y 5 por 100 de azufre precipitado. El cuerpo del enfermo se lava mañana y noche con agua caliente y el jabón referido, dejándole secar sobre la piel. Ha obtenido así la curación rápida en 32 casos de sarna, 4 de tiña tonsurante, 4 de urticaria y 2 de prurigo. El prurito se calma con rapidez. Este jabón tiene sobre la pomada de Wilkinson la ventaja de ser inodoro, limpio y fácil de aplicar.

(*The Medical Review*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL HIPO Y SU TERAPÉUTICA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General de Madrid.

Tal vez parezca raro el enunciado de este artículo á alguno de nuestros lectores. Y es lo cierto que no le faltarán razones en qué apoyar su extrañeza, sobre todo si se tiene en cuenta que el hipo, por regla general, sólo se menciona en las fisiologías y no se le dedica espacio alguno en las patologías.

En efecto, la fisiología se ocupa del hipo entre los fenómenos del mecanismo respiratorio y, en general, se limita á definir el fenómeno, sin entrar en averiguaciones de orden patogénico y de orden terapéutico que, en honor á la verdad, no le incumben, tratándose de una ciencia que sólo se ocupa del individuo en estado de salud. Al contrario, si bien se considera, la fisiología no debiera ocuparse del hipo, como no se ocupa del vómito, porque tanto éste como aquél son actos patológicos. El hipo es una perturbación del acto respiratorio y su estudio, como tal perturbación, corresponde de lleno á la patología.

El hecho de observarse el hipo en estado de salud, como una modificación transitoria, breve y sin importancia de la respiración, explica en parte el por qué la fisiología le dedica algunas líneas, pero de ningún modo abona el proceder de la patología omitiendo el estudio de dicha perturbación respiratoria.

Vienen en apoyo de lo que acabamos de decir los casos clínicos en que el hipo no representa una simple y fugaz modificación respiratoria en pleno estado hígido, sino una verdadera y grave complica-

ción en el curso de un proceso morboso ó una indiscutible entidad patológica.

Una prueba de que el hipo puede constituir toda la enfermedad y hasta puede adquirir caracteres graves y rebeldes, la tenemos en los casos de hipo por imitación, de los cuales Sauvages nos cita un elocuente ejemplo en la epidemia observada por Boerhaave en el Hospital de Harlem, y en la más reciente epidemia de la misma clase referida por Berdach en la Imperial y Real Sociedad de los médicos de Viena, en la sesión del día 12 de marzo de 1897. Dicho autor presentó á la indicada Real Sociedad cinco niñas de una escuela municipal de Viena, en donde, de 35 alumnas que había, fueron atacadas de hipo 16 en el intervalo de diez días. Dichas niñas tenían de diez á doce años de edad y, á pesar de haber sido despedidas de la escuela, lo propio que sus compañeras, algunas de las cuales curaron del hipo el mismo día de la separación, continuaban con tan molesta manifestación patológica y tan ruidosa, que fué imposible entenderse en dicha Sociedad mientras las enfermitas estuvieron presentes.

Los casos de hipo referidos por Langford Symes (1) y pór Stockton (2) y la interesante observación clínica de la misma clase publicada por Houssay (3), confirman la importancia clínica del hipo considerado como una entidad patológica.

En otras ocasiones, el hipo no tiene otra importancia nosográfica que la propia de una complicación en el curso de un proceso morboso. Sin embargo, y aun considerado como simple complicación, puede tener tal importancia, por su intensidad ó rebeldía, que absorba toda la atención del clínico y exija una intervención terapéutica.

Bien conocida es la frecuencia con que el hipo se observa en el curso de las enfermedades del aparato digestivo, principalmente en las del estómago, en las del aparato respiratorio, en particular en la pleuresía diafragmática, y hasta en las del aparato genito-urinario y en la agonía ó período pre-agónico de gran número de enfermedades infecciosas.

Por la frecuencia con que se observa en las enfermedades del estómago y en las del esófago se explica el error en que cayeron Mahon y Boerhaave al acusar á la contracción esofágica y gástrica como causa provocadora de la contracción diafragmática y determi-

(1) *The Dublin Journ. of med. science*, diciembre 1896.
(2) *Medic News*, 4 febrero 1893, Filadelfia.
(3) *Journ. de Méd. et de Chir. Prat.*, 25 julio 1897. París.

nante del hipo: *Convulsio œsophagi centriculum et diaphragma sursum trahens, dum simul diaphragma subito seorsum concellitur.* A las enfermedades del estómago corresponde el caso curioso de hipo que observamos hace algunos años cuando pertenecíamos á la Beneficencia municipal y estábamos encargados de la visita domiciliaria de los pobres.

Se trataba de un individuo de sesenta y dos años, que vivía solo en una bohardilla y que llevaba quince días en cama cuando le vimos por primera vez. Según nos manifestaron algunas vecinas, dicho enfermo no había comido desde el día en que se acostó, y sólo había tomado algún caldo, el cual vomitaba casi siempre por el hipo cuando éste no impedía que lo pudiese tragar. Del examen resultó que estaba apirético, y que sólo, aparte del hipo, tenía la lengua saburral; el vientre, deprimido y excavado, correspondía á la complexión de aquel individuo, flaco y apergaminado en grado sumo. Todas las funciones se verificaban con la normal languidez que correspondía á un enfermo que se hallara en las condiciones mencionadas, incluso la de haber estado quince días, ó quién sabe cuántos, sin la apropiada y suficiente alimentación. Sólo el hipo se destacaba con vigor de aquel cuadro de indiferencia orgánica, puesto que además de su intensidad regular, repetía unas 20 veces por minuto. Sin embargo, pasaba algunas horas del día en que era menos frecuente, y desaparecía cuando podía conciliar el sueño. El hipo databa de tres días, y no recordaba el enfermo haber padecido nunca un ataque de esta clase ni de otras manifestaciones morbosas. A los cuatro días de nuestra primera visita desapareció el hipo y entró el enfermo en convalecencia, comiendo y digiriendo á la perfección. La curación se obtuvo, en nuestro sentir, más bien merced á la alimentación que se le dispuso que á la medicación empleada, lo cual confirmaría la opinión de Hipócrates expresada en los siguientes términos: *Convulsio fit aut a repletione aut abinanitione, sic etiam singultus*, en la que se supone que el hipo tanto lo puede provocar la repleción como la vacuidad gástrica.

También hemos tenido ocasión de observar un caso de hipo en el curso de una enfermedad del aparato respiratorio, si bien, por los antecedentes del enfermo y por la clase de la enfermedad, es de suponer que dicho hipo no dependiera de aquélla.

Tratábase de un individuo de cincuenta y ocho años, con bronquitis crónica y enfisema, bronquitis que se exacerbaba todos los años en otoño y no mejoraba hasta las proximidades del verano siguien-

te. Fuí llamado á primeros de febrero para ver al enfermo, el cual, además de la bronquitis agudizada tenía un hipo de extraordinaria intensidad que databa de ocho días, hipo que le imposibilitaba conciliar el sueño y que repetía ordinariamente unas treinta veces por minuto. El enfermo estaba tan agotado que se dormía en el intervalo de uno á otro hipo y la contracción era tan intensa que iba acompañada de una gran sacudida de todo el cuerpo, por cuyo motivo se veía obligado á estar echado constantemente.

La historia patológica de este enfermo es muy interesante por lo que al hipo se refiere. Entre sus antecedentes sólo figura, digno de mención, el haber muerto su madre á los sesenta y dos años asmática. No tuvo ninguna de las fiebres eruptivas; á los ocho años sufrió unos accesos de fiebre intermitente de los que se libró con facilidad por medio de la quinina. Fué gran jugador de pelota y revolucionario fanático, lo cual le valió ser perseguido por la justicia en distintas ocasiones y le causó gran número de disgustos y privaciones. Desde la edad de quince años comenzó á sufrir horribles hemicráneas en las primaveras, las cuales cedían tan pronto se le practicaba una sangría. A los veinte años, en el mes de mayo, época en que acostumbraba á sangrarse todos los años, después de dos días de retención urinaria, cuya causa no he podido investigar con exactitud, se le presentó por primera vez el hipo, el cual duró cerca de un mes constantemente día y noche. Según el enfermo, á los seis días de retención consiguió orinar y el hipo disminuyó entonces de intensidad pero no de frecuencia; ocho días desqués y en vista de que no se le había sangrado, se le sangró seis veces en una semana y hasta entonces no desapareció el ataque de hipo. Al mes repitió el ataque, duró seis días y desapareció con una sangría; á la primavera siguiente nuevo ataque de hipo que duró una semana y desapareció con la sangría y así sucesivamente hasta los curenta y seis años, tuvo anualmente uno ó dos ataques de hipo de la misma duración que curaron siempre practicándole una sangría. El ataque parece que coincidía con algún grave disgusto sufrido por el enfermo. Desde los cuarenta y seis años á la actualidad no se había sangrado, si bien se han pasado épocas de dos años sin tener el hipo, el cual nunca ha tenido la violencia y duración del primer ataque y del actual.

Del análisis de este caso clínico parece deducirse que el hipo fué provocado por una enfermedad del aparato urinario y que, merced al terreno orgánico en que se desarrolló, abonado para toda clase de perturbaciones nerviosas, repetía el ataque siempre que una causa

de índole moral era capaz de turbar el equilibrio inestable de su sistema nervioso. Tal vez el enfisema y la bronquitis crónica contribuían á sostener una susceptibilidad exagerada en la inervación diafragmática que facilitaba las explosiones de los ataques.

Otro caso de hipo lo hemos observado en nuestra enfermería del Hospital general, hace tres años, en el período eruptivo de la viruela confluente hemorrágica. Se trataba de un individuo que, cuarenta y ocho horas antes de morir, tuvo un hipo constante hasta el momento de la muerte. A las veinticuatro horas de presentarse esta perturbación cedieron las epistaxis y el delirio que acompañaban al cuadro clínico de la enfermedad y el hipo persistió con la misma intensidad y la misma frecuencia hasta el último momento.

Recientemente hemos tenido ocasión de observar un individuo con bronquitis crónica y dilatación bronquial, de sesenta y cuatro años, que contrajo la grippe en el mes de febrero de 1900 y que tuvo durante el curso de la enfermedad, en la que se exacerbó de un modo notable la tos y la expectoración, un hipo que, sin ser muy frecuente, llamaba la atención por la constancia con que todos los días se manifestaba provocado al parecer por las mismas causas. En efecto; siempre que tosía èn forma de acceso y con mucha frecuencia después de tomar alimento (leche sobre todo) se iniciaba el hipo el cual, sin que tuviera gran intensidad ni alarmante frecuencia, representaba una molestia para el enfermo. Algunas veces este hipo, que repetía unas ocho veces por minuto, duraba de tres á cuatro horas seguidas.

De la exposición de estos casos personales y de los que hemos citado, registrados por la literatura médica, despréndense desde luego, como dijimos al principio, que son muchos y muy variados los trastornos orgánicos que puede provocar el hipo. Considerado éste desde el punto de vista puramente clínico vése que unas veces puede revestir todos los caracteres de una enfermedad y otras, la inmensa mayoría, no se presenta más que como un epifenómeno desarrollado en el curso de algún proceso morboso localizado en alguno de los aparatos orgánicos. Del propio modo que una afección nasal puede provocar el asma y un proceso gástrico ó auricular puede determinar accesos de tos, así también, las más variadas enfermedades pueden provocar accesos de hipo.

Esta conclusión, que se desprende de los hechos clínicos observados tiene su razón der ser, y por lo tanto su explicación, en las relaciones nerviosas que existen entre los órganos que intervienen en el

acto patológico llamado hipo y los restantes órganos que principalmente le provocan, ora por hallarse bajo el peso de un proceso patológico, ora por ser el blanco de una alteración fugaz y transitoria sin importancia alguna.

Bien sabido es en qué consiste el hipo: en la contracción espasmódica y brusca del diafragma en condiciones de estar la glotis casi cerrada, de modo que el aire que se trata de inspirar entra difícil y ruidosamente en la cavidad torácica. El hipo es un acto respiratorio patológico completamente opuesto á la tos. Mientras ésta es un acto espiratorio, aquél es un acto inspiratorio; es la tos al revés. En el hipo parece que interviene como factor principal y primero el diafragma; las cuerdas vocales, al contraerse y dificultar la entrada del aire en los pulmones, no intervienen en dicho acto más que de un modo secundario, después de la contracción diafragmática. En efecto, hay casos de hipo en que casi toda la manifestación se reduce á la contracción diafragmática, sin que las cuerdas vocales se contraigan, ó cuando menos, sin que la contracción sea suficiente para oponer un obstáculo al aire que trata de penetrar por la laringe.

Resulta, pues, que la manifestación clínica fundamental é imprescindible del hipo es la contracción espasmódica del diafragma, que puede ir (como sucede generalmente) ó no acompañada de la misma clase de contracción de las cuerdas vocales, determinando un ruido inspiratorio característico, del propio modo que en otras ocasiones va acompañada de una sacudida de todo el organismo, como si el diafragma, al contraerse, moviera en masa todo el cuerpo.

Ahora bien; sabido es que el diafragma está inervado por el nervio frénico, el cual tiene muy variadas relaciones nerviosas y con órganos de mucha importancia funcional. Formado por fibras procedentes de la cuarta y quinta raíces cervicales y de origen real medular, cuyas células nucleares tienen algunos caracteres distintivos que les son propios, según se desprende de las investigaciones de Marinesco (1), está constituído por un tronco que contiene fibras motoras y sensitivas, el cual pasa por encima de los pulmones, atraviesa el mediastino y se esparce por el diafragma; en su trayecto recibe anastomosis del gran simpático y de los plexos solar y esplácnico. Basta conocer estas relaciones nerviosas del nervio frénico para que se comprenda con la mayor facilidad el gran número de impresiones que de próxima ó remota procedencia pueden llegar á influir perturbando sus funciones.

(1) *Société méd. des hôpitaux de Paris*, sesión del día 16 de diciembre de 1898.

Por otra parte, las relaciones nerviosas que hay entre el diafragma y la laringe pueden explicar hasta cierto punto la solidaridad funcional patológica que se observa entre dichos órganos en el hipo, puesto que la laringe se supone que recibe las corrientes nerviosas por el pneumogástrico, mientras que salen por el frénico y el recurrente laríngeo, desprendiéndose de este supuesto que, así como aquél constituye el nervio aferente de la glotis, éstos representan los nervios eferentes.

Por todas estas relaciones del nervio frénico se explica el por qué se observa el hipo en la clínica en tan variados padecimientos. Por una parte, origen medular del nervio, y por lo tanto, relación directa con el eje cerebro-espinal; por otra, anastomosis con el gran simpático, plexo solar y esplácnico, y en fin, por otra, relaciones directas de contacto con órganos y regiones importantes de la cavidad torácica. ¿Qué tiene de extraño, pues, que el nervio frénico sea impresionado por excitaciones oriundas de los más lejanos aparatos, determinando el hipo las enfermedades de éstos en algún período de su curso? De todos modos, aunque pueden llegar al diafragma las sensaciones nacidas en los más lejanos territorios orgánicos, es lo cierto que aquél puede impresionarse más fácilmente y por un camino más directo que el de la médula por las sensaciones gástricas, merced á los filamentos simpáticos del plexo gástrico, ganglio semilunar, plexo y ganglios diafragmáticos que se unen en el lado derecho con el nervio frénico.

Desde este punto de vista el Dr. Langford Symes (1), apoyándose en la observación clínica, deduce que las conexiones simpáticas del ganglio semilunar conducen aquellas sensaciones mucho más pronto que el mismo nervio frénico por las razones siguientes: 1.ª, el diafragma parece que se contrae antes que los músculos de la laringe, lo cual hace pensar en una comunicación más íntima y más directa con la porción gástrica del vago que con el mismo recurrente laríngeo; 2.ª, el trayecto del nervio frénico no revela al examen ningún punto enfermo, y su función respiratoria es perfecta; 3.ª, el enfermo no ejerce ninguna acción sobre el espasmo mientras que el nervio frénico continúa subordinado á la voluntad de cada uno; 4.ª, los remedios aplicados en el origen ó en el trayecto del nervio frénico ó en la médula, tales como vejigatorios, vejigas de hielo, compresión, etc., no producen ningún efecto, mientras que se obtiene éste generalmente si la acción revulsiva se lleva directamente

(1) *Loc. cit.*

sobre el diafragma, el estómago, el plexo solar, etc.; 5.ª, las conexiones del pneumogástrico y del frénico por el tercero, cuarto ó quinto pares cervicales son muy lejanas, y si tal fuera el camino seguido por la impresión, ésta tendría que hacer un trayecto doble para pasar por el frénico que para seguir por el recurrente (ya que aquélla alcanza el diafragma antes que la laringe), cuyas condiciones nada tienen de fisiológicas; 6.ª, los experimentos de Romberg y de Bright demuestran que la irritación directa del frénico no determina el hipo; 7.ª, existe una comunicación refleja entre el estómago y el diafragma que responde más directamente á la excitación que es distinta de la función respiratoria y que es independiente de la voluntad del enfermo, y 8.ª, el hipo está influído por los movimientos de deglución ó por el vómito en un grado mayor que por los movimientos respiratorios.

De las razones precedentes expuestas por el Dr. Langford Symes, en su parte fundamental muy exactas y en concordancia con lo que se observa en la Clínica, se deduce el por qué el hipo se observa con una frecuencia relativamente mayor en las alteraciones del aparato digestivo que en las perturbaciones del aparato respiratorio, á pesar de corresponder á este aparato el diafragma y el nervio frénico.

***

¿Cabe deducir de los conocimientos precedentes un tratamiento racional del hipo? Desde luego hemos de confesar que se nos escapa la esencia ó la naturaleza de la causa que le determina. Hablamos de sensaciones y de impresiones que nacidas en tal ó cual aparato, llegan al nervio frénico y perturban sus funciones, determinando el hipo; pero en realidad, lo único positivo de nuestros conocimientos en lo que atañe á esta patogenia, se reduce á saber que en el curso de determinados padecimientos se presenta el hipo y á conocer los caminos que desde el órgano enfermo puede seguir la corriente nerviosa que traslada la acción que al actuar sobre el frénico determina aquella perturbación respiratoria. Pero desconocemos por completo en qué consiste dicha acción y en qué forma actúa.

De ahí que mientras no se conozca el mecanismo íntimo de este proceso, no debemos esperar que se pueda instituir un tratamiento patogénico. Cuando más, conociendo de antemano los padecimientos que más á menudo determinan el hipo, lo único racional que puede sentarse es un tratamiento etiológico. Efectivamente, el tratamiento

de la enfermedad en cuyo curso se presenta el hipo como un epifenómeno, será el único tratamiento que podrá merecer el nombre de etiológico. Es necesario, pues, que en todo caso de hipo se investigue el padecimiento que le ha determinado y se dirija la atención terapéutica principalmente contra él; de donde nace la inexcusable indicación terapéutica que consiste en tratar las enfermedades de los distintos aparatos que en cada caso particular se observen, incluso las toxemias (1), como base fundamental de tratamiento.

Sin embargo, á pesar de lo racional y hasta cierto punto sencillo que parece lo que acabamos de decir, es lo cierto, que ni en todos los casos de hipo se puede descubrir el padecimiento que le ha dado origen, ni aun descubriéndole es suficiente el tratamiento etiológico. Sobre todo esto último es muy comprensible, porque puede darse el caso de observar una enfermedad bien definida pero de larga duración en que no se debe esperar la curación del hipo para cuando se cure la enfermedad; lo mismo puede decirse cuando se trata de padecimientos incurables.

De estas limitaciones que acabamos de indicar, con las que se tropieza á cada paso en la práctica al instituir el tratamiento etiológico, se desprende la necesidad urgente de tratar de un modo directo el hipo como tal síntoma, y por lo tanto, la de acudir al que podríamos llamar tratamiento sintomático. Por otra parte, la índole misma del hipo, su intensidad, su frecuencia algunas veces extraordinaria, no permiten la estóica indiferencia del médico esperando la curación del padecimiento que le diera origen, sino que exigen una intervención terapéutica rápida, directa y enérgica. Claro es que en aquellas circunstancias en que el hipo no representa más que una simple alteración transitoria y fugaz en pleno estado de salud, alteración que siempre desaparece de un modo espontáneo, claro es, repetimos, que en estas circunstancias la intervención terapéutica no debe ser ni enérgica, ni rápida, ni directa en el supuesto de que se quiera intervenir, puesto que de ordinario es innecesaria toda intervención.

Resulta, pues, de lo que antecede que en el estado actual de la ciencia es de todo punto indispensable el tratamiento sintomático, es decir, el tratamiento que tiene por objeto obrar directamente sobre esta perturbación funcional.

Por la misma razón, y principalmente por desconocer el mecanis-

(1) Recuérdese, al efecto, el caso de hipo en el curso de la viruela que hemos expuesto, hipo indudablemente de origen tóxico.

mo etiológico íntimo y la naturaleza del hipo, se comprende el gran número de agentes terapéuticos que se han aconsejado para tratarle con éxito. Son tan numerosos y de acciones tan variadas que, para no prejuzgar cuanto se refiere al mecanismo de su acción, los dividiremos en cinco grupos fundándonos en la naturaleza de cada uno de ellos : 1.°, agentes farmacológicos ; 2.°, hidroterápicos ; 3.°, eléctricos ; 4.°, mecánicos ; y 5.°, sugestivos.

Agentes farmacológicos.—Es inútil pretensión la de dar á conocer todos los agentes farmacológicos aconsejados contra el hipo, puesto que, de los medicamentos analgésicos é hipnóticos sobre todo, con seguridad que no hay ninguno que no haya sido ensayado. La morfina, el opio, la belladona, el ácido cianhídrico, la antipirina, la euforina, etc., etc., entre los analgésicos, se han empleado en distintos casos con variado éxito, pero siempre con un éxito dudoso considerado desde el punto de vista científico. El hidrato de cloral, el sulfonal, el trional y la inmensa serie de hipnóticos conocidos, también se han ensayado en el tratamiento del hipo con análogos resultados á los obtenidos con los analgésicos.

Si bien se mira, nada tiene esto de extraño, puesto que ni el hipo es en esencia una neuralgia, ni los hipnóticos obran directamente sobre el hipo, sino que dirigen su acción principal contra una de las consecuencias de dicha manifestación morbosa que suele acompañarla, contra el insomnio que puede determinar.

No puede negarse, sin embargo, que, en los casos rebeldes de hipo ó en aquellos en que la resonancia sobre el sistema nervioso es extraordinaria por su intensidad, y en que cada contracción diafragmática provoca una sacudida violenta de todo el cuerpo, los analgésicos y los hipnóticos pueden prestar muy buenos servicios como coadyuvantes y paliativos. Es oportuno recordar, en efecto, que en algunos casos el hipo reune tales caracteres, por su violencia é intensidad, que no permite un instante de reposo, que impide conciliar el sueño, que dificulta los movimientos de deglución y que provoca una serie de sensaciones dolorosas que se irradian desde las inserciones diafragmáticas á distintas partes del organismo, en los que los analgésicos y los hipnóticos, aunque no influyan de un modo directo en combatir el hipo, determinan en cambio una gran mejoría al enfermo y consecutivamente modifican de un modo favorable el cuadro clínico.

La cocaina también ha sido recomendada contra este proceso por el Dr. Blaschko, quien dice haber obtenido excelentes resultados cu-

rativos con la administración de dicho medicamento en los casos de hipo violento (1). Refiere el Dr. Blaschko que en uno de dichos casos se trataba de un tifoideo en el que se presentó un hipo muy angustioso en la tercera semana de su enfermedad y después de haberle administrado sin resultado alguno toda clase de remedios, le prescribió la siguiente fórmula :

Agua.....	10 gramos.
Cocaína.....	20 centígramos.

Disuélvase ; para tomar XX gotas cada hora.

A las ocho horas de emplear esta fórmula consiguió ya que hubiese desaparecido el hipo. En el otro caso, se trataba de un individuo que padecía un carcinoma del estómago y que se veía muy atormentado por un hipo pertinaz el cual cedió á las doce horas de administrarle la disolución de cocaína en la forma mencionada.

Entre las distintas fórmulas aconsejadas con el principal objeto analgésico ó antiespasmódico, sólo recordaremos la de Robin en la que el cianuro potásico representa la substancia más activa, la cual es como sigue :

Cianuro potásico.....	5 centígramos.
Jarabe de morfina.....	aa 75 gramos.
— de azahar.....	

Mézclese ; para tomar una cucharada de las del café cada hora, sin pasar del tercio de la poción en las veinticuatro horas.

También se han aconsejado con el mismo objeto los analgésicos locales, como las pulverizaciones de éter en la región de la columna vertebral correspondiente al sitio medular de donde nacen los nervios frénicos ó en la región anterior del cuello por donde pasan los troncos de dichos nervios. Cuando se emplean estas pulverizaciones con éxito, las cuales pueden sustituirse con ventaja por las de cloruro de etilo, y se profundiza algún tanto en el estudio del mecanismo por el que se obtiene la curación, acude al pensamiento que tal vez la acción analgésica del medicamento es lo de menos y la forma sugestiva de la aplicación es lo de más. De ahí que las pulverizaciones de éter como las de cloruro de etilo, aunque por su acción isquemiante cutánea puedan influir en la circulación profunda de los nervios y por su acción analgésica pudieran calmar la excitabilidad de los frénicos, es lo cierto que su acción puede ser considerada como puramente sugestiva.

(1) *Rev. de Med. y Cirug. Prát.* T. XXXVI, pág. 544, 1895.

Buscando el mismo efecto refrigerante, analgésico ó sugestivo, Martín de Magny ha empleado con éxito, y lo recomienda el Dr. Daurreillon en su Tesis (1) con entusiasmo, la siguiente fórmula :

Eter	aa.	30 gramos.
Cloroformo		
Mentol		4 —

Mézclese.

Esta fórmula se emplea mojando en ella compresas y aplicando éstas en la región del cuello, las cuales se renuevan en cuanto se ha evaporado el líquido hasta conseguir la desaparición del hipo.

Entre los agentes farmacológicos que también se han aconsejado con alguna insistencia contra el hipo, figuran la policarpina y el bicarbonato de sosa.

La pilocarpina y el jaborandi han sido aconsejados con entusiasmo por Ortille, Le Novel, Stiller, etc., los cuales manifiestan haber obtenido éxitos muy satisfactorios con la administración de dichos medicamentos en los accesos incoercibles de hipo que tan á menudo se observan en los histéricos y en otros neurópatas. Los efectos favorables del jaborandi y de su alcaloide en estos casos se explica por la acción inhibitoria que se presume ejercen sobre las funciones nerviosas. El Dr. Le Novel refiere que logró curar con rapidez un hipo que se presentó en el curso de la grippe, y que había burlado todos los medios empleados anteriormente, administrando una infusión de hojas de jaborandi á dosis diaforética y sialagoga. El Dr. Stiller emplea hace muchos años con éxito satisfactorio en estos casos la pilocarpina en solución del siguiente modo :

Agua destilada	10 gramos.
Clorhidrato de pilocarpina	10 centígramos.

Disuélvase ; para tomar X gotas, tres ó cuatro veces al día.

Con el empleo de esta fórmula se busca un efecto inhibitorio lento, que se traduce en la práctica por una disminución paulatina de la frecuencia, duración é intensidad del hipo, mientras que con el empleo de la infusión de jaborandi se pretende una acción rápida y enérgica.

El bicarbonato de sosa ha sido aconsejado en Francia en un trabajo que fué propuesto para adjudicarle el premio Barbier. El autor decía en dicho trabajo que la hiperacidez de las secreciones gástricas, cuyo tipo lo da la hiperclorhidria, es la que provoca el hipo, y

(1) Tesis de Burdeos, 1895.

que uno de los medios «más seguros é inofensivos» de hacerle desaparecer, consiste en administrar el bicarbonato de sosa, con el cual ha tratado siempre con éxito todos los casos en que le ha empleado. Dicho autor aconseja que se tomen 5 gramos de bicarbonato de sosa en medio vaso de agua de Vichy en una sola vez, lo cual determina al cabo de algunos minutos una serie de eructos más ó menos duradera, que anuncia la alcalinización del contenido estomacal; al propio tiempo que se inicia dicha serie de eructos, desaparece el hipo. Según el autor, rara es la vez en que es necesario doblar la dosis indicada.

Indudablemente el bicarbonato de sosa puede prestar muy señalados servicios en el tratamiento del hipo cuando éste depende de una modificación funcional del estómago, como hemos tenido ocasión de observar algunas veces; pero no es de esperar que produzca los mismos resultados cuando la causa tiene su origen en alteraciones del aparato respiratorio ó del sistema nervioso.

(*Concluirá*).

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo, Madrid.

SUMARIO: I. Sobre la no existencia de una membrana tabicante que dividiera la caja en dos compartimientos: tubárico y atico-mastoideo. — II. Un nuevo instrumento para la extracción del yunque por el conducto auditivo externo. — III. Escoplamiento osteoplástico de la apófisis mastoides. — IV Algunas modificaciones de la cánula de traqueotomía. — V. Sobre el tratamiento de las desviaciones considerables cartilaginosas y óseas del tabique nasal por medio de la resección. — VI. Fórmula hematológica de los niños adenoideos y su variación post-operatoria.

I. Después de realizado el 2.° Congreso español de oto-rino-laringología, hemos visto, en los *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., 1900, núm. 3, un trabajo del Dr. Botey (de Barcelona) sobre el asunto que sirve de epígrafe, y al que en verdad sólo faltaba para ser relegado al olvido el positivo toque de un maestro como el Dr. Botey.

Ya la existencia del tabique divisorio aludido había sido negada por mí rotundamente, apoyándome en razones de orden especulati-

vo, que el Dr. Botey hace figurar al frente de su trabajo antes de dar la prueba anatómica de su negación.

No es ocasión de volver sobre tal clase de pruebas, puesto que de una cuestión de hecho se trata y puesto que el Dr. Botey á la prueba anatómica se concreta; pero de paso haremos constar que la argumentación precisa expuesta en los *Archivos latinos de Rinología*, etc., números 99 y 100, no ha sido refutada. En ese trabajo mío aludido, era el sentido común el que hablaba; en el del Dr. Botey, la técnica anatómica niega semejantes tabicamientos.

Entrar en el detalle de lo expuesto en el trabajo, sería repetir lo clásico de las modernas descripciones, y podemos resumir el espíritu del estudio en las siguientes líneas que copiamos: «...la permeabilidad del ático del lado de la caja se verificó en esta preparación, vertiendo con un cuenta-gotas un líquido colorante (solución de vermellón) por el orificio del canal petro-mastoideo. Este líquido apareció en seguida en la porción inferior de la caja, y examinando la membrana del tímpano, veíase por transparencia que ocupaba el famoso compartimiento tubárico. La paracentesis efectuada por mi ayudante bajo el umbo hace salir el líquido gota á gota». Repite el Dr. Botey, sirviéndose de leche, tales experimentos, obteniendo en todas las preparaciones idéntico resultado. En una, sin embargo, no descendió la leche á la porción inferior, lo que le hizo sospechar si pudiera existir algún tabicamiento, pero observando que la trompa de Eustaquio estaba ocluída, sólo bastó restablecer esta permeabilidad para que el experimento fuese positivo.

Del examen de 30 temporales practicado por el autor, en colaboración con los Dres. Argullos y Costa, ayudantes de su Clínica, se considera autorizado para concluir que el tabicamiento en cuestión no es un hecho de conformación fisiológica, y que cuando existe, es debido á un proceso marcadamente patológico ya señalado por todos los autores.

II. El instrumental hasta la fecha más generalmente adoptado en todas las Clínicas con el fin de realizar la extracción del yunque, era el propuesto por Kretschmann y Ludwig. Dejando aparte la cuestión de las indicaciones de tal operación, que nos parece indicadísima en los casos de caries del huesecillo y en los de su adherencia cicatricial á los órganos próximos, examinemos el lado práctico de su ejecución. Los instrumentos aludidos obran por un mecanismo de palanca, siendo como es su forma la de un simple gancho destinado á comprender en su vuelta la porción más alta del yunque, el que

por efecto de la compresión es rechazado y dislocado hacia la parte inferior de la caja. Sin duda que tan aparentemente sencilla maniobra, para ser practicada con éxito, exige no poca destreza y á menudo repetidos tanteos antes de conseguir el fin propuesto, pues el gancho en cuestión ó resbala sobre la superficie ósea ó no comprende más que la parte anterior, de modo tal que el huesecito puede ser rechazado hacia la parte posterior, escondiéndose en regiones de difícil ó imposible inspección por la vía natural. Si á esto añadimos que la escasa cantidad de sangre que se interpone oculta el campo imposibilitando la maniobra, la que solo es realizable después de pacientes limpiezas, y si agregamos también que á menudo el yunque careado está reducido á un rudimento difícil de encontrar con el gancho, haciéndonos concluir en su total fusión, de cuyo error puede más tarde sacarnos una innecesaria operación radical, comprenderemos fácilmente la razón por la que el Dr. Zarniko, asistente de la Escuela otológica de Halle, ha ideado un nuevo instrumento que parece un perfeccionamiento. La idea capital que Zarniko desarrolla es abarcar el yunque de tal modo que siempre pueda ser atraído al centro y parte inferior de la caja sin exposición de herir el trayecto del facial, donde fácilmente podemos cogerlo con otro instrumento para extraerlo.

Al extremo de un estilete aparece soldada en ángulo recto una especie de asa, cuyo borde anterior forma ángulo recto con el tallo, y cuyo borde posterior le forma agudo. Dicho ojal, que es la esencia del instrumento, no obra cual palanca, sino por tracción, pues que el cuerpo del yunque está destinado á ser abrazado por el asa. Su empleo es el siguiente : después de extraído el martillo según la manera ordinaria, introducimos en la caja el asa bosquejada, levantándola dentro del ático tan álta como sea posible y apoyando contra la pared externa la rama del asa que hemos dicho forma ángulo agudo con el tallo. En tal situación, sólo precisamos realizar una rotación al mango hacia atrás para que el asa encuentre una pequeña resistencia en el cuerpo del yunque, que viene á ser comprendido en el ojal y arrastrado por el instrumento al centro y parte inferior de la caja.

Aunque no hemos empleado este instrumento, creemos, como su autor, que la seguridad y prontitud de la maniobra le recomiendan en grado sumo.

Es construído por el instrumentista Baumgarten (de Halle), Grosse Steinstrasse, núm. 17 (*Archiv für Ohrenheilkunde*, tomo 48).

III. En el *Centralblatt für Chirurgie*, 1899, núm. 43, apareció una publicación de Küster sobre la operación radical mastoidea osteoplástica, que merece la atención de los otólogos. La nueva operación recomendada consiste en lo siguiente: una incisión que comienza al nivel del límite superior del conducto auditivo externo, pasa inmediatamente por detrás de la inserción del pabellón auricular, contornea el vértice mastoideo y asciende por el borde posterior de la apófisis hasta alcanzar el nivel de donde partió. Esta incisión penetra hasta el hueso, formándose un colgajo que hemos de levantar en forma de tapa de bolsillo de cartera, escoplando una capa ósea delgada, que forma la cara externa de la mastoides. Después continúa Küster la operación según su viejo método, y por último, repone el colgajo osteo-cutáneo en su primera situación, suturando los bordes, pero dejando en su porción inferior un pequeño paso para la introducción de una gasa aséptica, á cuyo fin, con unas pinzas cortantes suprime una porción del vértice de la capa ósea escoplada.

Nueve son las historias clínicas que apoyan el método, y aunque en verdad los resultados en lo que se refiere á la desaparición de la otorrea no son mejores que los obtenidos con los procedimientos en uso corriente, sin embargo, parecen de ventajas considerables si se mira el fin estético.

El juicio emitido por Passow en el *Münchener med. Wochenschrift*, 1899, núm. 49, no es de lo más favorable al procedimiento de Küster, y aunque reconoce los méritos contraídos por este cirujano en el campo de la oto-cirugía radical, sin embargo, no considera este nuevo paso cual un adelanto necesario, pues que la otología disponía de medios sobrados para conseguir el fin propuesto. La opinión de Panse, expresada en el *Centralblatt für Chirurgie*, núm. 50, tampoco es completamente favorable. En verdad, no parece cosa fácil emitir un juicio sin experiencia personal del método, pero de lo que *a priori* puede determinarse, no podemos menos de alabar este nuevo paso dado por Küster.

Si el objeto capital de una operación atico-mastoidea es la extirpación de todo lo séptico contenido en las dependencias del oído medio, la operación osteoplástica de Küster proporciona amplio campo de exploración, fácil también para la investigación de las posibles complicaciones endo-craneales; si es una condición no despreciable la de conservar en lo posible la forma de la apófisis mastoidea, consideramos que, bajo este concepto, la operación de Küster aventaja

á todas las demás, que al practicar el vaciado mastoideo dejan una depresión post-operatoria; si la sutura inmediata de la incisión quirúrgica es un desideratum científico y artístico, nos parece evidente que tal operación le llena cumplidamente.

¿Es que Passow, autor de un procedimiento autoplástico, con justicia alabado, para la curación de las fístulas mastoideas post-operatorias, ve disminuida la importancia de su operación?

¿Es que Panse se muestra un poco sistemático al oponerse á una innovación hecha por un cirujano en el campo de la otología?

Por nuestra parte, encontramos la nueva idea de Küster tan racional, que nos proponemos ponerla en práctica para juzgar de su verdadera significación.

IV. A tal altura nos encontramos en operatoria laringológica, que toda pretensión de innovación puede parecer supérflua.

Mas en verdad, no sucede esto con la cánula traqueal que el doctor Botey (de Barcelona), propone en los *Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*, tomo IX. Muchas de las condiciones precisas en una buena cánula traqueal, se encuentran reunidas en esta de que tratamos, cuyo dibujo acompaña. Nótase con sólo la inspección de la figura, que la cánula no describe un semicírculo, sino que tiende á la rectitud en su porción terminal, consiguiendo de este modo coincidir con la dirección normal de la tráquea, evitándose de tal modo las presiones que pudieran resultar. La extremidad terminal es más delgada en 2 milímetros, y la cánula interna sobresale, estando cortada de un modo oblícuo, resultando más corta la cara cóncava de la cánula.

El pabellón que ha de estar en contacto con la piel, es más pequeño y de bordes dispuestos para no traumatizar los tejidos próximos, lo que sucede con las cánulas ordinarias, sobre todo en las traqueotomías bajas.

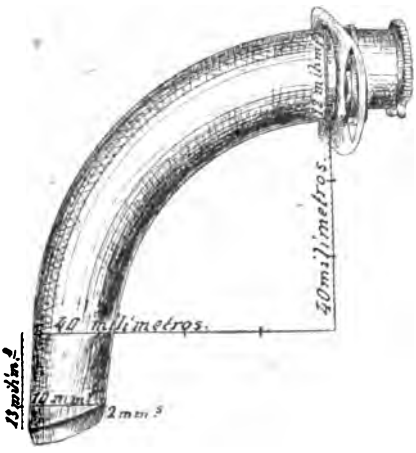
Además, la cánula del Dr. Botey, es muy favorable para intervenciones posteriores laríngeas (laringofisura, laringectomías), pues sobresaliendo muy poco el pabellón de la parte superior, deja al descubierto en su máximum el campo operatorio.

Esta cánula es algo más larga que las ordinarias, con lo que la suspensión de respiración por la salida de su extremidad fuera de la tráquea, no es de temer.

La fácil movilidad de la cánula dentro de la tráquea, es condición que también aparece llenada, siendo más difíciles los traumatismos de la mucosa.

La introducción es muy sencilla, sin necesidad de dilatador traqueal, pues está provista de una cánula interna conductriz, terminada en pico análogo al de la cánula Krishaber.

Para caso de procurar el restablecimiento de la respiración por vía natural, está provista de un opérculo de uso facilísimo, y, finalmente, puede servir para el taponamiento traqueal y cloroformización, según el sistema de Trendelenburg.



La inspección de la figura hará comprender mejor los detalles de esta cánula, que no podemos menos de recomendar á nuestros lectores, por encontrar en ella reunidas modificaciones de suma utilidad.

V. Uno de los preblemas que más agita á los prácticos rinólogos de la actualidad, es el de justipreciar los métodos aplicables al tratamiento de toda clase de desviaciones del tabique nasal; pudiendo afirmarse que ya aparece definida una clasificación, en la que cada forma de desviación aparece encasillada al lado de su procedimiento operatorio. Es claro que, en esta selección, hay que descartar el exclusivismo de los innovadores que pretendan aplicar un procedimiento, el suyo, á toda clase de desviaciones que puedan ocurrir. En el concepto expuesto ocupan un lugar definido la galvanocaustia, la electrolisis, la sección al bisturí ó á la sierra, el uso de trefinas movidas con motor especial, las resecciones con sacabocados, el enderezamiento brusco, la operación de Asch y las más complicadas de Krieg, Hartmann-Petersen y Botey.

Recientemente, debemos al Dr. Bönninghaus (de Breslau), un nuevo procedimiento, que por ser racionalmente aplicable á las grandes desviaciones con deformidad nasal externa, le consideramos digno de figurar en nuestra *Revista*.

El principio que le fundamenta no es nuevo, pues que fué expuesto por Krieg, en 1889, en el *Berliner Klinische Wochenschrift*, y consiste en resecar por el lado convexo de la desviación, tanta extensión de cartílago, como fuera necesario, incluyendo en la resección la mucosa y pericondrio correspondiente, de modo que el tabique que

se deja, aparece formado en este punto, tan sólo por la mucosa del lado de la concavidad.

La técnica de la operación preconizada por Bönninghaus, y que él ha practicado con éxito en 19 casos, es como sigue:

Después de pincelar con cocaína al 20 por 100 las dos superficies del tabique nasal y de practicar una inyección submucosa en el lado convexo al medio por 100, ejecuta una incisión angular, de la que una rama horizontal, paralela al suelo de la fosa nasal, empieza en el ángulo antero-inferior del cartílago cuadrangular y se dirige atrás en la extensión de tres cuartos de centímetro, y otra rama paralela al dorso nasal, empieza donde la anterior y recorre idéntica extensión. Ahora, con un elevador de periostio especial, algo ancho y nada cortante, y después de haber secado pacientemente la hemorragia, procede á levantar la mucosa y pericondrio, de los que forma un colgajo, que es rechazado hacia atrás, quedando al descubierto el cartílago. Incinde éste con un cuchillo, teniendo cuidado de no perforar la mucosa del lado opuesto, para lo que introduce un dedo en la fosa nasal del lado de la concavidad, apreciando al tacto la situación de la punta del cuchillo. Por esta incisión introduce la rama roma de una tijera, con la que divide el cartílago en la dirección marcada por las incisiones de la mucosa, habiendo previamente despegado con el elevador de periostio la mucosa del lado cóncavo, que tiene mucho cuidado de no perforar. La lengüeta cartilaginosa así limitada, y que sólo está sujeta por su parte posterior, es resecada con un instrumento sacabocados.

Limpiando bien á cada porción extraída, se ve en el fondo la línea blanca que forma el borde cartilaginoso, el cual se va extirpando en porciones, llevando la resección tan lejos como fuera necesario, incluyendo la porción del vomer y de la lámina perpendicular etmoidal en las desviaciones óseas, despegando antes la mucosa con precauciones extraordinarias para evitar la perforación del lado de la concavidad.

Aunque ciertas operaciones sólo la práctica puede sancionarlas, sin embargo, la racionalidad del método es lo suficiente para no desechar la propuesta por Bönninghaus, que desde luego puede asegurarse será de éxito completo en cuanto al restablecimiento de la respiración del lado estrechado ú obstruído.

Las dificultades técnicas las encontramos considerables, aunque no imposibles de vencer con paciencia extrema, instrumental perfeccionado, gran docilidad del enfermo y muchos, muchísimos porta-

algodones para secar las repetidas hemorragias que en el curso de la operación ocurren, pues realizándose los cortes en el llamado *locus kiesselbachi*, eminentemente vascular, es indudable que la maniobra más importante será la de secar sangre, si se ha de trabajar en campo abierto. Sólo así se explica que la operación pueda durar dos horas, siendo así que en el cadáver la hemos practicado en cinco minutos.—(*Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*, tomo IX, cuaderno 2.º)».

VI. Parecía cosa cierta, hace algunos años, que Meyer, al describir, por el año 1874 el cuadro clínico de las vegetaciones adenoideas de la naso-faringe, había estudiado el asunto de modo tal, que difícilmente pudiera perfeccionarse. ¡Tan sencilla se presentaba la dolencia, que muy lejanos estábamos de pensar que la simple hipertrofia vegetante de la amígdala de Luschka pudiera repercutir sobre todo el organismo!

Pero en estas últimas épocas el análisis clínico ha dilucidado la causa de ciertas deformidades faciales, con acabalgamientos dentarios y ojivamiento de la bóveda palatina, ha estudiado la razón del estrechamiento torácico y ciertas desviaciones de la columna vertebral; datos expirométricos positivos explican la insuficiencia respiratoria y la disnea de esfuerzo de los niños afectados; la experimentación, al demostrar el papel fisiológico de las fosas nasales, ha evidenciado los perjuicios de la respiración bucal y la razón de la predisposición bronquítica de los adenoideos; la bacteriología nos ha mostrado la neoformación amigdaliana cual un nido de microbios patógenos, entre los que no es de despreciar el bacilo fimógeno, el bien conocido fenómeno de la aprosexia nos da la clave de la aparente insuficiencia mental, y tantos otros fenómenos que no es de este lugar enumerar, encuentran su explicación en la existencia de vegetaciones adenoideas.

Parecía natural, dada la débil constitución de ciertos niños adenoideos y su aspecto anémico, el realizar el análisis de la sangre; pero tal investigación no había sido emprendida hasta la fecha, que Lichtwitz, el conocido laringólogo de Burdeos, y el microscopista Sabrazès, nos suministran datos positivos sobre este asunto.

Los análisis han sido realizados antes y después de la operación y justipreciados comparándolos con análisis de sangre normal.

Antes de la operación aparecen los siguientes cambios en la sangre: ligero grado de anemia y de leucocitosis, aumento relativo y absoluto por centímetro cúbico de las gruesas células mononuclea-

res, y particularmente de los linfocitos y células eosinófilas, y, por el contrario, disminución relativa y absoluta de las célufas polinucleares neutrófilas. Después de la extirpación de las vegetaciones, la fórmula cambia, aproximándose á la normal.

Estos resultados arguyen en favor de la extirpación sistemática de las formaciones adenoideas, pues que los cambios apuntados de la sangre no están en relación con el desarrollo de las vegetaciones.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del dia 30 *de Marzo de* 1900.

Tratamiento de la diabetes por la levadura de cerveza.—El Dr. Codina Castellví: Tengo actualmente en tratamiento cuatro diabéticos, tres de los cuales están tomando la levadura de cerveza. Me ha enseñado la clínica que las medicaciones que podríamos llamar clásicas de la diabetes, muy á menudo mayor de la que se podría suponer, no responden á las esperanzas que han hecho concebir. Algunos de estos diabéticos han tomado el opio, los bromuros, la antipirina, el arsénico, incluso el cacodilato de sosa, etc., sin conseguir que disminuyera de un modo bien marcado y evidente la cantidad de glicosa en la orina.

En vista de los resultados poco satisfactorios que se obtienen del tratamiento farmacológico de esta enfermedad, procuro, mientras es posible, reducir la terapéutica del diabético al tratamiento dietético. Al efecto, someto al enfermo á una verdadera experimentación que consiste en administrarle separadamente los feculentos más comunes en la alimentación ordinaria, haciendo análisis cuantitativos de la orina correlativos con la administración de cada uno de aquellos feculentos para saber la cantidad de glicosa que respectivamente dejan pasar á la orina. Sólo después de haber adquirido estos datos, formulo al enfermo el plan alimenticio definitivo. De este modo, se observa que no á todos los diabéticos se les puede permitir la misma alimentación, y vése que mientras en unos tal substancia feculenta determina una cantidad exagerada de glicosa en la orina, en otros la misma substancia apenas si provoca la aparición de pequeñísimas cantidades. La misma leche que permito muy á menudo á esta clase de enfermos, influye en unos en disminuir la glicosuria, mientras que en otros no la disminuye, ó la aumenta de un modo indiscutible.

No siendo suficiente en muchos casos el tratamiento dietético, no cabe

otro recurso, para intentar la desaparición de la glicosa en la orina, que acudir al tratamiento farmacológico. Por esta razón, estoy ensayando actualmente la levadura de cerveza preconizada contra esta enfermedad. Sin que pueda formar juicio definitivo acerca del valor terapéutico de esta medicación, y aunque no sirva más que como un anticipo de lo que pueda decir otro día, me limitaré en esta sesión á dar cuenta de un caso en el que parece que la levadura de cerveza ha obrado eficazmente en el tratamiento de esta enfermedad.

Trátase de un joven de dieciocho años, estudiante, cuya madre es diabética: en su infancia no ha tenido más que unas fiebres gástricas á los seis ú ocho años; á esta edad comenzó á engordar más que sus hermanos y á beber agua en gran cantidad, y así ha seguido hasta la época actual, en que, desde dos años á esta parte, la sed había aumentado extraordinariamente y orinaba en gran cantidad. El aspecto de este joven es el de una salud floreciente, puesto que, con ser obeso, no es polisárcico, tiene buen color de cara y está muy bien constituído; su talla es de 1'600 metros y su peso de 85 kilos. Ante un individuo en estas condiciones y descubierta la diabetes de un modo casual, se hizo el primer análisis de la orina y se encontraron todas las substancias fijas de ésta disminuídas y acompañadas de 34'80 centigramos de glicosa. La cantidad de orina oscilaba en aquellos días entre 3000 y 3500 gramos. Le sometí á la ración de prueba, permitiéndole comer únicamente en las veinticuatro horas 750 gramos de carne y de 100 á 200 gramos de aceite ó manteca. A los dos días de estar sometido á esta ración de prueba, la orina tenía una densidad de 1027 y sólo contenía indicios de glicosa; la cantidad no pasó de 1500 gramos y la sed del enfermo había disminuído de un modo considerable. Sometíle después á la ración de prueba de feculentos, que consistió en administrarle 100 gramos de pan y hacer el análisis de la orina emitida durante las ocho horas subsiguientes á la ingestión de dicho feculento; este análisis sólo acusó indicios de glicosa.

En vista de este resultado satisfactorio, además de la alimentación animal, y después de suprimirle el pan, le permití, ensalada, dos copas de leche y cuatro huevos, recomendándole después de cada comida un largo paseo. Entonces le prescribí una cucharada grande de levadura de cerveza después de cada comida. A los cuatro días de esta alimentación, la orina era normal y no contenía glicosa. Bajo el mismo plan se le permitieron 100 gramos de pan al día, y cuatro días después, la orina, que había aumentado en densidad, tenía indicios de glicosa; se le permitió comer 60 gramos de patatas, sin que por ello aumentara la cantidad de azúcar, y en días sucesivos y sin que la orina acusara más que indicios de glicosa, se aumentó la cantidad de patatas de 120 hasta 250 gramos. Entonces se aumentó la cantidad de pan hasta 200 gramos, y á los dos días la orina contenía 4 gramos de glicosa. En su virtud y sin alterar la alimentación prescrita, ó sea, sin disminuir la cantidad de pan ni de patatas, se aumentó á 4 cucharadas grandes diarias la cantidad de levadura de cerveza; á los cuatro días la orina sólo contenía 2 gramos de glicosa; se prescribieron sin variar la alimentación, 6 cucharadas grandes de levadura de cerveza, y á los cuatro días había desaparecido por completo la glicosuria. Siguiendo el mismo plan alimenticio y farmacológico, se le permitió comer un plato de arroz, el cual determinó 10 gramos de

glicosa en la orina, la cual volvió á su estado normal á los dos días. Entonces se permitió un plato de sopa en cada comida (de pan, fideos, sémola, etcétera), sin que se presentara de nuevo glicosa en la orina, llegando á los dos meses de tratamiento, y bajo la influencia de las 6 cucharadas diarias de levadura de cerveza, á poder comer diariamente, sin aparecer la glicosa en la orina, 200 gramos de pan, 250 de patatas, 2 platos de sopa, lechuga, rábanos, aceitunas y otras verduras, además de la alimentación animal necesaria.

A los quince días de hallarse sometido á este régimen con tan buen resultado, disminuí á 4 las 6 cucharadas grandes de levadura; á los diez días sólo permití 2 cucharadas de la misma substancia, y á los diez días siguientes se suspendió la administración, sin que volviera á presentarse el azúcar en la orina.

Si bien se reflexiona acerca del curso que ha seguido la glicosuria en este caso bajo la acción de la levadura de cerveza, parece indudable que ha influído de un modo indiscutible. Pero como sea que en los otros casos que tengo sometidos al mismo tratamiento parece que no he notado tan bienhechora influencia, aunque en este momento no pueda adelantar respecto á dichos casos ningún concepto bastante fundamental y en vista de que en el caso que acabo de exponer se trataba de una diabetes leve, según se desprende de los resultados obtenidos con las raciones de prueba animal y feculenta, creo que la prudencia aconseja no dejarse llevar de entusiasmos prematuros y exagerados, respecto á los beneficios que pueden obtenerse de la levadura de cerveza en el tratamiento de la diabetes.

Por lo que se refiere á la preparación farmacéntica, sólo diré en este momento que el enfermo, objeto de la precedente historia, tomó la levadura fresca de cerveza que expenden en la fábrica de Santa Bárbara en esta capital, y que no pudo tomar, por su repugnante sabor, la levadura seca de Mialhe.

PERIÓDICOS

La medicación hidromineral alcalina en Urología.—D. Luciano Courel Armesto, publica en *El Siglo Médico* acerca de este asunto el siguiente artículo:

¿Quién duda que las uropatías son tributarias á la terapéutica termal, y algunas en tan alto grado como las braditrofias, las enfermedades del aparato respiratorio, las del digestivo y sus anexos y otros cronicismos? Afirmar lo contrario sería cerrar los ojos á la evidencia y negar por sistema ó mala fé; y esto no lo hace ningún médico que tenga conciencia de sus deberes profesionales y quiera ser útil á sus enfermos. Lo que se impone, pues, como una necesidad es el reducir á sus justos límites la esfera de acción de las aguas minerales, no concediéndoles más importancia que la que real y positivamente tienen, como agentes al fin de la Terapéutica natural.

Trata de las *uropatías propiamente dichas*, que son justiciables por el tratamiento hidromineral; y en este grupo comprende el *catarro vesical crónico*,

la *atonía vesical*, la *cisto-litiasis*, el *prostatismo* y la *fosfaturia*. Por esta razón, no se ocupa de la *litiasis renal úrica*, especialización dominante de las termas de Verín, por haberlo hecho, además, en otra ocasión; ni de las *cistopatías* por obstáculos á la libre emisión de la orina, *cistitis tuberculosa*, *neoplasmas renales* y *vesicales* y *hematurias* dependientes de lesión orgánica, por creerlas fuera del alcance de la medicación hidrológica.

El *catarro vesical* es uno de los cronicismos que más abundan entre los concurrentes á Verín, que más ha contribuído á dar á estas linfas minerales la fama de que gozan para los *males de la orina*. La modalidad ó forma clínica de catarro que mejor obedece á estas aguas, es el producido por *enfriamiento*, cuando recae en sujetos de regular constitución, ocupa el cuerpo de la vejiga y no va acompañado de síntomas de excitación; es decir, el *catarro a frigore*, *pasivo*, del *cuerpo de la vejiga*. En estas condiciones, catarros inveterados, con abundantísima secreción y excreción mucosa, algunos tratados en vano por lavados antisépticos, balsámicos al interior y otros medios tan eficaces como suelen ser éstos, han curado sin más tratamiento que el agua de Sousas, bebida por espacio de quince á veinte días.

Las *cistitis* por propagación, como las *gonorreicas* y las *pielocistitis*, siempre que no hallan producido ulceración, y no vayan, por consiguiente, acompañadas de supuración, encuentran también su indicado hidrotermal en Verín, y en las aguas alcalinas medianamente mineralizadas, auxiliadas por los lavados vesicales. En cambio, el *catarro ó cistitis* (en su concepto sólo difiere ésta de aquél en el grado de agudeza, pero no en la índole de la lesión) del *cuello* y el que ocupa el *trigono vesical*, con fenómenos de irritabilidad y micción frecuentísima, no suelen obedecer al agua de Sousas; esta forma clínica encuentra su indicación en las aguas bicarbonatadas-cálcicas, de débil mineralización (como Alzola y Nanclares). El *catarro purulento crónico*, con pérdidas abundantes, anemia profunda y neurastenia, ó extenuación nerviosa consecutiva; así como el sostenido por cálculos fosfáticos, tampoco se modifican ostensiblemente con el tratamiento termomineral de Verín; estas variedades clínicas precisan aguas bicarbonatadas ferruginosas, con abundancia de ácido carbónico libre, con las que se obtienen excelentes resultados (San Hilario, Mondariz, Marmolejo, Villaharta). También por esta razón, ó sea por la escasez de CO^2 libre en las aguas de Sousas, es por lo que se obtienen escasos resultados en la *atonía vesical*, dependiente de la pérdida de contractilidad de los planos carnosos de la vejiga ó de alguna incipiente lesión medular; la *atonía simple*, mejora evidentemente ó cura en aquel grupo de aguas carbónicas ya citadas.

¿Por qué se curan en Verín y en otras aguas similares los procesos catarrales crónicos del reservorio urinario?

Las aguas de Verín curan el catarro vesical, porque la gran *diuresis* que provocan ejerce un amplio lavado de la vejiga. Orinando más el enfermo sometido á este tratamiento, actúa menos tiempo sobre la mucosa vesical el contacto de los filamentos mucosos, restos epiteliales, glóbulos pioides, *torula cerevisiæ*, y cristales de fosfato amonico-magnésico, con lo cual se quita un elemento de estímulo, y se obtiene una orina más aséptica, quitando elementos á la fermentación. Por otra parte, la orina impregnada de sales minerales, alcalinas, térreas y ferrosas, al ponerse en contacto con la vejiga,

por una especie de *acción sustitutiva*, acelera la circulación capilar de su membrana, diluye el moco que lubrifica su superficie interna, y facilitando su expulsión al exterior, logra por este mecanismo la resolución de uno de los procesos más tenaces, á cuyo éxito contribuyen también los baños alcalinos termales de Caldeliñas, en el catarro *a frigore*, por la suave revulsión periférica que determinan. Al efecto publica los siguientes casos clínicos :

El Sr. D. R. V. de C., de cuarenta años, casado, de buena constitución, morigeradas costumbres, y sin antecedentes morbosos que puedan relacionarse con su actual enfermedad, que contrajo hace tres años en las campañas de Cuba y Filipinas, atribuyéndola á frecuentes mojaduras que sufrió en aquellos insalubres climas, fué al balneario de Verín á últimos de Agosto : manifestándome que había agotado el catálogo de los balsámicos al interior, si bien no había empleado tratamiento local alguno. Micción frecuente (cada tres horas), alguna disuria, orina con abundantes copos mucosos, y ligero dolor hipogástrico, eran los síntomas más salientes y molestos de un catarro vesical *a frigore*. Al ver aquella producción excesiva de moco, aconsejó á su compañero la conveniencia de empezar el tratamiento termal con un lavado boricado de la vejiga, operación que, hecha en las debidas condiciones de asepsia, resultó inocente. Manifestóme el Sr. V. de C. su temor á toda maniobra uretral, y me propuso muy sabiamente empezar por el remedio hidromineral, y caso que no obtuviese alivio después de un período prudencial, que se sometería á la acción de los lavados. No fué preciso apelar á este recurso, porque á los pocos días se inició la mejoría de un modo tan franco y progresivo, que al decimoquinto día la micción era normal, indolora, cada ocho horas, y en la orina no había un filamento mucoso. Posteriormente, su curación estaba consolidada. Este caso es también notable por las pequeñas dosis de agua que han bastado para obtener tan rápido y ostensible efecto ; pues el enfermo nunca tomó más de dos vasos de 120 gramos del agua de Sousas al día ; y es instructivo, porque muchas veces se malogra la curación por beber inmoderadamente el agua, creyendo que así el efecto será mayor, cuando lo que se consigue muchas veces es una exacerbación y un fracaso.

En cuanto al *prostatismo*, la mayoría de las veces sólo pueden llenarse indicaciones sintomáticas ; sin embargo, la *protatitis crónica*, la *prostato-cistitis* y el *infarto prostático* consecutivo, son susceptibles de curación, mediante la acción alterante y resolutiva de estas aguas, combinada con el uso de baños generales y de asiento, de duración y temperatura conveniente. En cambio, nada podemos prometernos en la hipertrofia total de la próstata, de índole senil, ó sea en el último grado del prostatismo ; porque en este caso, los enfermos son retencionistas, y á poco que se excedan en las dosis de agua mineral, se exponen á serios accidentes, debidos á la acción estimulante del agua sobre un órgano ya congestionado y asiento de lesiones escleró*sicas*. Pero aunque sólo se consiga mejoría en la mayor parte de los prostá*ticos*, ¿se curan acaso mejor con otra clase de medios, farmacológicos, mecá*nicos* (masaje) y quirúrgicos (prostatectomía)?... Cabe, pues, emplear en este *proceso senil*, con la debida prudencia y parsimonia, una medicación lenta y *suave*, cual la hidromineral, que al menos ofrece la ventaja de ser inocen-

te (en tales condiciones) y nada molesta, mejorando los prostáticos poco avanzados en las aguas como Verín, poco carbónicas, por dos razones : por la acción local que ejercen sobre el catarro coexistente con el prostatismo, y por la acción general tonico-hematógena debida al hierro y al cloruro de sodio que contienen.

Cuando el cálculo es voluminoso y duro, como los formados por uratos y oxalatos, no hay agua mineral alguna que pueda disolverlos ó eliminarlos al exterior, y en estas circunstancias, es punible que los enfermos vayan á los balnearios á exacerbarse, seguramente, perdiendo un tiempo precioso que pudiera aprovechar mejor la intervención de un hábil cirujano, librando al enfermo de sufrimientos crueles. Pero si la *cistolitiasis* data de poco tiempo, el cálculo es úrico, y hay motivos racionales ó físicos para sospechar que es de pequeño volumen, es *innegable* que con las aguas de Sousas, se obtienen curaciones y éxitos reales.

Cita el caso de un labrador de la provincia de León, sujeto de cuarenta y dos años de edad, sin antecedentes dignos de mención, con los síntomas racionales de un *cálculo vesical*, micción frecuente, disuria y hematuria al final, trastornos que se exacerbaban con el ejercicio á pié. La exploración con el cateter demostró claramente, la presencia de un cuerpo extraño duro, en la vejiga.

A los ocho días, se presentó en la consulta del Dr. Armesto, muy satisfecho diciendo que se hallaba muy bien, y que ya no sentía dolores en el acto de la micción, que era á la vez muy poco frecuente. Le aconsejó continuase con las aguas ocho días más, y al final volviese por la consulta de dicho doctor.

Así lo hizo, y reconocido nuevamente con el cateter, á cuya exploración se resistía, alegando que no era precisa, porque se sentía muy bien, no le fué posible comprobar la existencia del cálculo que tan claramente y tan pronto percibío en el primer reconocimiento. En la temporada de 1899, volvió este enfermo á Verín á usar las aguas como medida profiláctica.

El hecho nada tiene de extraordinario, y la curación de la calculosis, por las aguas minerales está admitida por Dujardin-Beaumetz, Robin y otros terapéutas. Las aguas alcalinas, modificando la nutrición, dan origen á la formación de menos ácido úrico, y, actuando sobre los cálculos úricos, forman uratos de sosa que, por ser solubles, son arrastrados fácilmente por la gran diuresis que producen aquellas aguas ; y así, quedando el ácido úrico al descubierto y formándose nuevas capas de urato sódico, se concibe perfectamente su disminución de volumen y la eliminación al exterior.

Ahora bien, la *litiasis fosfática ó alcalina* no encuentra indicación en las aguas de Verín, y sí en aguas bicarbonatado-sódicas, saturadas de ácido carbónico (Mondariz, San Hilario, Marmolejo), pues las cálcicas y magnesianas serían también contraproducentes.

Sea la *fosfaturia* una neurosis secretoria del riñón de origen reflejo-uretral ; sea un síntoma de la neurastenia, ó coexista con la hiperclohidria, está esencialmente caracterizada por la eliminación de una orina turbia, con precipitación de los fosfatos térreos, precipitación debida á la *pèrdida de acidez* normal de la orina. Pues en cualquiera de estos casos cree sea un poderoso auxiliar del tratamiento uretral y de innegable utilidad el uso de

aguas con gran saturación carbónica, como las anteriormente citadas, á las que añadiríase las ferruginosas, como Hervideros de Fuensanta y Villaharta. El ácido carbónico, que tanto abunda en estas aguas, al eliminarse por la orina, restablecerá su acidez normal, y los fosfatos neutros ó alcalino térreos insolubles en un medio alcalino, se harán ácidos, solubles y no sedimentables. Además, la acción eupéptica y tonico hematógena de estas fuentes, mejorando las funciones digestivas, reconstituyendo la sangre y vigorizando el sistema nervioso, llenará muchas veces una indicación etiocrática ó causal en el tratamiento de este morbosismo. Por eso dice el Dr. Armesto que es injusta la preterición del tratamiento general.

Heridas del globo del ojo: Tratamiento inmediato. — El Dr. Sanz Blanco publica en *La Oto-Rino Larigologia Española* los casos clínicos siguientes:

Una joven recibe un golpe en la cara con una botella de grueso vidrio y llena de agua que le fué arrojada á la distancia de un metro próximamente; la botella se rompe al choque, y los fragmentos del cristal producen, además de varias heridas en los párpados y mejillas, una extensa, de forma estrellada, bastante irregular, en la parte interna del globo del ojo, como á 4 milímetros del limbo corneal, que interesa la esclerótica y coroides, y produce abundante derrame vítreo; la cámara anterior, ocupada por considerable hipema, impide ver el estado del iris, la superficie cruenta aparece gruesa, infiltrada, existe abundante derrame subconjuntival. Vista por mí la forma de la herida y el notable grosor de sus bordes, y calculando que no tiene condiciones para oponer resistencia al abundante derrame de vítreo, procede inmediatamente el Dr. Sánz á la reunión de los labios sangrientos por medio de suturas con seda esterilizada; limpia la región, aplica un apósito hmedecido en frío, que levanta á las cuarenta y ocho horas, encontrando una cicatriz ya bastante resistente de la esclerótica desgarrada; continúa el hipema, y aunque en menos proporciones el derrame subconjuntival; pasados diez días desaparece la sangre de la cámara anterior y permite ver el íris decolorado y el orificio pupilar de forma irregular, á través del que se percibe una opacidad de la cápsula de la lente; la visión, que hasta entonces fué nula, se restablece, y permite ver á la enferma los dedos de la mano á cerca de un metro de distancia, y los objetos de gran tamaño á más de cinco metros; pasados dos meses del suceso se la propone una intervención quirúrgica (iridectomía y extracción de la cápsula opaca), que hasta el momento presente no fué aceptada por la paciente.

Un muchacho de catorce años se hace con una navaja una herida incisa de unos 6 milímetros de extensión en el ojo derecho, que interesando la esclerótica y coroides, lleva una dirección oblícua de abajo arriba y de dentro afuera; la herida es penetrante, pues á su través se ve salir el vítreo; el tratamiento empleado se reduce á la oclusión del ojo afectado con un vendaje compresivo y húmedo; levantada la cura á los dos días, la cicatriz escleral está completamente hecha, y el niño queda curado y con agudeza visual normal á los ocho días.

Una señora de mucha edad sufre en su ojo derecho una contusión producida por la vara de un carro, con la que choca al caminar en dirección contraria á la que aquél llevaba.

Después del dolor consiguiente, nota que ha perdido por completo la visión del ojo afectado. Seis ú ocho días después de ocurrido el accidente se observa que, además de un extenso derrame de sangre que ocupa toda la cámara anterior, el cristalino está luxado y asoma por la herida de la esclerótica, que, ya cicatrizada al parecer, existía por encima de la córnea y muy cerca de su limbo; el ojo, atormentado por crueles dolores, no tenía aumento ni disminución de su presión interior. El Dr. Sánz concluye de extraer el cristalino luxado, que estaba interpuesto entre los labios de la herida, y al ponerle al descubierto é ir á prenderle con la aguja de Browmann, cae de nuevo dentro del ojo, saliendo en cambio abundante cantidad de vítreo; procede, sin embargo, á su busca, y no consiguiendo encontrarle, concluye la maniobra poniendo un vendaje medianamente apretado, que levantado al cuarto día, dejó ver la herida escleral cicatrizada, habiendo desaparecido por completo los dolores que tanto atormentaban á la enferma.

Estos diferentes casos indican la diferente conducta que se debe seguir, según que las heridas sean regulares ó irregulares, y recientes ó de larga fecha. ¿Que la herida es contusa y sus bordes no pueden mantenerse en íntimo contacto por ser irregulares? Pues establézcase la unión con puntos de sutura. ¿Que es incisa, de corte limpio y en condiciones de coaptarse espontáneamente? Pues favorézcase esta coaptación con el vendaje compresivo; por último, si el traumatismo es de larga fecha, al tratamiento de las consecuencias es á lo que se debe atender.

Deduce el Dr. Sánz Blanco de estas observaciones que las heridas del globo ocular, que no dejan de ser frecuentes, traen en pos de sí consecuencias cuya gravedad provoca complicaciones que guardan cierta relación con la causa ocasional de las heridas, estando su gravedad hasta cierto punto supeditada á la forma y naturaleza del agente productor; las heridas por puntura y las incisas presentándose con bordes limpios y regulares, ofrecen tan buenas condiciones de coaptación, que se sostienen sólo con la presión de los párpados al mantener los ojos cerrados, impidiendo ó por lo menos haciendo menos fácil la brusca salida del vítreo; si la coroides, íris ó cuerpo ciliar han sido comprendidos por la herida, tienen la misma linealidad que las de la esclerótica, y si estando ó no heridos hacen prolapso, son, como queda dicho, más fáciles de reintegrar á su primitiva posición, donde se mantienen de un modo permanente, pues la cicasriz de estas superficies cruentas lineales se verifica con gran rapidez, dejando por cierto insignificante retracción.

No ocurre ya lo mismo con las heridas producidas por contusión. Estos traumatismos, aparte de la conmoción, extravasaciones y derrames internos que por la fuerza impulsiva determinan, dan siempre origen á graves complicaciones, depedientes de la solución de continuidad; aquí la herida es una verdadera desgarradura de forma irregular más ó menos ramificada, de bordes desiguales, gruesos, infiltrados y con poca ó ninguna tendencia á la coaptación espontánea; como consecuencia de todo esto, el vítreo, no sólo sale con gran abundancia, sino que difícilmente se contiene, los procesos ciliares y demás partes de la úvea al ser heridas dejan salir cantidades considerables de sangre, de la que parte se vierte al exterior y parte se infiltra y deposita en la cavidad hialoidea y cámaras del ojo, mezclándose con los humores del mismo; si no están desgarradas y sí sólo contundidas, se infiltran de

sangre en una gran extensión, se desprenden, forman hernia á través de los labios de la irregular herida, y son asiento, en tiempo variable, pero siempre breve, de inflamaciones sumamente peligrosas; el cristalino, por su parte, fácilmente desalojado de su situación normal, se escapa al exterior ó queda asomado entre los bordes cruentos; la retina sufre tracciones desiguales y se desprende en mayor ó menor extensión; á todo esto puede unirse la infección que, partiendo del punto vulnerado, determina pronto supuraciones extensas y profundas, panoftalmitis, cuya consecuencia es la atrofia total del ojo después de una larga temporada de dolores y sufrimientos. Si el traumatismo no ha sido tan violento ó si se llega á tiempo de someter al herido al tratamiento adecuado, puede evitarse tanto desastre; pero pocas veces queda el ojo en condiciones de poder cumplir su cometido, unas veces, frecuentísimas por cierto, aunque las más favorables, por quedar una catarata traumática; otras por desprendimientos más ó menos extensos de las diversas partes de la úvea ó de la retina, por la presencia de coágulos sanguíneos ó de exudaciones, que depositadas en las cámaras del ojo ó interpuestas en la substancia vítrea, organizándose, constituyen obstáculos para la perfecta visión, etc., etc.

En las heridas del globo del ojo, sean ó no penetrantes, la prontitud y oportunidad en la curación del traumatismo son de la mayor importancia.

Se debe evitar el derramamiento del vítreo en lo que sea posible; si alguna de las porciones de la úvea está herniada á través de los bordes de la herida, intentemos reducirla, y si por la magnitud del prolapso la reintegración se hiciera difícil, excíndase con tijera y no nos cuidemos por el pronto de la cantidad de sangre que puede derramarse en las cámaras del ojo.

Si la herida es lineal y de bordes limpios, aunque interese el total espesor de las membranas fibrosa y vascular y deje salir parte de humor vítreo, practíquense lavados con disoluciones antisépticas suaves y aplicar en seguida un vendaje moderadamente compresivo por espacio de un par de días; si parte de la úvea forma procidencia á través de la herida, puede reducirse con ligeras presiones hechas con la superficie convexa de la cucharilla y después aplíquese el vendaje compresivo si la porción prolapsada no tiene proporciones exageradas. Cuando la herida es de forma irregular y de bordes desiguales, si es el íris el que hace procidencia en gran extensión, se excinde con tijeras dando el corte al mismo nivel de los labios de la herida; y si por estar ésta más lejos del esfínter iridiano es la coroides la que asoma y sale al exterior formando una voluminosa hernia, habrá necesidad de reintegrarla á su situación primitiva, y luego, para que pueda mantenerse reducida, será necesario unir con puntos de sutura los bordes de la abertura traumática de la esclerótica, teniendo cuidado de que el ojo quede limpio y libre de los coágulos sanguíneos ó de células de vítreo que pudieran quedar interpuestas en la herida y ser causa por su descomposición de infecciones; aplíquese el vendaje contentivo y aconséjese el reposo al enfermo. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 3 de Julio de 1900.

Sífilis del intestino.—El Dr. Leredoullet: Un hombre que se hallaba en un estado excesivo de caquexia, vino á consultarme por padecer fenómenos de entero-colitis, con dolores de vientre, abombamiento y deposiciones disenteriformes parecidas á la expectoración pneumónica. Existían á la vez adenopatías múltiples, cervicales, axilares, inguinales. El enfermo había tenido sífilis. Dudé entre un cáncer y la sífilis intestinal. Por consejo del Dr. Fournier, empleé las inyecciones de aceite gris y el ioduro potásico á dosis progresivas. A los ocho días, el enfermo hizo una deposición normal, lo que no le había sucedido desde dieciocho meses antes. Al poco tiempo estaba completamente transformado.

El Dr. Fournier: La sífilis del intestino es, al parecer, rara, porque sólo he observado 12 casos. Pero es probable que se desconozca muchas veces. El esquema de estas observaciones es el siguiente: enfermo con diarrea crónica dolorosa, más ó menos sanguinolenta, que no es influída por medicamento alguno; un día un médico, más instruído ó guiado por los fracasos de sus antecesores, administra el tratamiento específico, con el que el enfermo cura en poco tiempo.

El Dr. Galliard ha reunido varios casos de gomas miliares del intestino de sifílides intestinales, algunas comprobadas por el examen histológico.

En la práctica, estas enteropatías sifilíticas son desconocidas en la mayor parte de los casos; pero pueden hacer caer en sospecha algunas consideraciones: antecedentes sifilíticos, falta de otras causas morbosas, influencia nula de la terapéutica ordinaria, coincidencia de otras manifestaciones de la sífilis. La naturaleza sifilítica del padecimiento es demostrada por la transformación rápida que se obtiene con el tratamiento específico.

En los niños heredo-sifilíticos he curado muchas veces diarreas rebeldes por la administración del licor de Van Swieten, lo que prueba que en estos casos se trataba de heredo-sífilis intestinal.

La sífilis intestinal del niño ó del adulto es notable por la facilidad de la recidiva. La he visto presentarse veinte, treinta y hasta cuarenta años después del chancro.

Como tratamiento, deben emplearse el ioduro y el mercurio. Es preferible recurrir á las fricciones y á las inyecciones mercuriales subcutáneas.

Lesiones óseas en los esqueletos prehistóricos. — El Dr. Zambaco-Pachá presentó fotografías que representan lesiones óseas observadas en huesos humanos procedentes de las necrópolis de Egipto, de más de ochenta siglos de antigüedad.

Un cráneo presenta en la eminencia frontal izquierda una superficie irregularmente triangular, con el aspecto de una osteítis supurada. Más arriba se ve una exóstosis ovalada; en otro cráneo se ven, en el lado izquierdo del frontal, señales típicas de una osteítis más superficial que la anterior, rodeada de un borde de hueso duro.

En un femur, el cuello está abultado, mamelonado, la extremidad inferior es voluminosa, está hipertrofiada, presenta lesiones múltiples, prueba de una osteítis diafiso-epifisaria. Presenta también una espina ósea que sobresale 2 centímetros, corresponde á una inserción ligamentosa. Esta particularidad es frecuente en los huesos de los antiguos egipcios.

Las tibias y los peronés de este mismo esqueleto, presentan un abultamiento notable de sus extremidades con soldadura de los dos huesos. La substancia del hueso es esponjosa. En los húmeros y cúbitos existen lesiones análogas. En el cráneo, se ve un exóstosis de la escama occipital. En la bóveda craneana de otro individuo existe una osteítis de igual naturaleza.

Todas estas lesiones son debidas, al parecer, á la osteítis supurada. Se trata de una enfermedad general que ha interesado varias partes del esqueleto. Según el Dr. Lannelongue, no puede tratarse de una osteomielitis aguda de estafilococos ó de estreptococos, sino de una afección especial que ha producido en diversos puntos del esqueleto las mismas lesiones óseas, y que no puede ser otra que la sífilis.

En la columna vertebral pueden observarse dos clases de lesiones, unas limitadas á las apófisis transversales que están soldadas y confundidas por una especie de puente óseo uniforme ó se caracterizan por estalactitas óseas que sueldan varias vértebras. Se trata de lesiones reumáticas.

Otras vértebras presentan lesiones típicas de tuberculosis ósea, de verdadero mal de Pott.

Finalmente, una serie de piezas patológicas se refieren á fracturas mal consolidadas con acabalgamiento grandísimo de los fragmentos.

Un fragmento del esternón, está perforado de parte á parte por un instrumento agudo. El borde de la lesión, es regular y liso é indica un trabajo de separación.

Creemos, terminó diciendo el Dr. Zambaco, haber demostrado en los egipcios antiguos la existencia de la sífilis y de la tuberculosis. La lepra reinaba antiguamente en Egipto, pero no hemos encontrado lesiones óseas.

El Dr. Fournier: He examinado los ejemplares patológicos que presenta el Dr. Zambaco, y nada encuentro en ellos de específico. No creo que sea posible afirmar la sífilis. Hoy sabemos que la fiebre tifoidea, las contusiones, las úlceras de las piernas, las lesiones tróficas pueden producir en los huesos alteraciones análogas á las que causa la sífilis. En ciertos casos, algunas particularidades especiales, por ejemplo, la forma circular de la lesión, permiten hacer el diagnóstico de sífilis. Pero casi siempre es imposible hacerlo con seguridad.

El Dr. Zambaco: ¿Entonces á qué atribuir las lesiones óseas generalizadas? Es necesario admitir por eliminación el diagnóstico de sífilis.

El Dr. Fournier: La escrofulosis, la tabes, las lesiones medulares, pueden producir lesiones óseas generales.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesion del día 27 de Junio de 1900.

Invaginación intestinal en el adulto.—El Dr. Michaux : Se trata de una comunicación que nos ha enviado el Dr. Avoray correspondiente á un hombre de veintinueve años que, en diciembre de 1898, tuvo accidentes agudos que se atribuyeron á un ataque de apendicitis. Habiéndose agravado el estado del enfermo al cabo de cinco días y en presencia de fenómenos que parecían debidos á una peritonitis por perforación, nuestro colega hizo la laparotomía lateral, sin encontrar el menor indicio de peritonitis ; entonces abrió el vientre por la línea media y encontró un tumor constituído por una invaginación de la región íleo-cólica ; se hizo fácilmente la desinvaginación que fué seguida de curación. Yo he operado tres casos de invaginación en el adulto, los cuales, sin ser muy frecuentes, son menos raros de lo que se dice. Estas invaginaciones afectan con menos frecuencia que en el niño, la forma sobreaguda, pero determinan del mismo modo lesiones profundas y son igualmente peligrosas ; pueden sobrevenir sin ser provocadas por la evolución de un tumor, pero no es raro que la causa provocadora se halle en un lipoma ó en un sarcoma. En todo caso su diagnóstico es con frecuencia muy difícil, y entre los signos que presenta sólo pueden encaminar los caracteres del tumor. El tratamiento quirúrgico, pues el tratamiento médico no puede ser eficaz, comprende cuatro métodos. La desinvaginación es el método de elección siempre que pueda aplicarse ; sin embargo, esto no es posible en muchos casos. La ablación de toda la masa intestinal con suturas de los dos extremos constituye una gran resección, con frecuencia difícil de practicar y de un pronóstico muy serio puesto que en una estadística de 14 operadas, ha habido 10 muertos ; cierto es que en una reciente estadística se mencionan 8 curaciones sobre el mismo número de operados.

El Dr. Reclus : Recuerdo un enfermo de mi Clínica que había sido ya laparotomizado dos veces sin encontrar la causa de los accidentes. Llegado á mis salas casi moribundo, fué de nuevo operado por el Dr. Faure que se encontró en presencia de una obstrucción por invaginación conteniendo un pólipo, resecó 87 centímetros de intestino y el enfermo curó. Algún tiempo después volvió dicho enfermo con una enorme masa indurada abdominal ; una cuarta laparotomía nos condujo á una masa de asas aglutinadas en cuyo centro se encontraba una porción de intestino esfacelado ; hice una nueva resección de 40 centímetros de intestino y suturé un extremo con otro ; algunos días más tarde, sobrevino una perforación, hice una anastomosis, pero el enfermo sucumbió al cabo de cinco días.

Hernia vaginal enquistada y estrangulada.—El Dr. Caillet : He observado esta estrangulación en un hombre de veinticuatro años que sintió súbitamente un dolor vivo en la ingle derecha con tumefacción del escroto. Al día siguiente, se hizo el diagnóstico de hidro-hematocele traumático. Algunos días más tarde, una punción dió salida á 150 gramos de un líquido seroso ; entonces se reconoció que el testículo se hallaba en su sitio, pero que había por encima un tumor inguinal renitente sin transparencia ; la incisión demostró que

se trataba de una hernia enquistada y estrangulada; las consecuencias de la operación fueron normales.

De la asepsia operatoria. — El Dr. Schwartz: Hasta 1894, todas mis operaciones han sido practicadas bajo el manto de la antisepsia; desde dicha época me he limitado á la asepsia, empleando, sin embargo, antisépticos cuando ha sido necesario. En lo que se refiere á la asepsia de las manos, algunos experimentos me han demostrado que la esterilización de aquellas no podia ser absoluta, pero que se podría aproximar á ella sometiéndolas frecuentemente á los lavados. Yo no proscribo el empleo de los guantes de caoutchout, pero no creo que sus ventajas compensen sus inconvenientes; por otra parte, no me parecen indicados más que para las operaciones sépticas.

Codina Castellvi.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del dia 13 *de Junio de* 1900.

Bacteriologia de la escarlatina. — El Dr. A. Baginsky: Comenzaré recordando que en algunos casos ví desaparecer de pronto el bacilo diftérico de la faringe, siendo sustituído dicho microbio por un estreptococo, y presentándose al mismo tiempo un exantema con todos los caracteres de la escarlatina. Este hecho me hizo sospechar que entre tal estreptococo y la escarlatina debía haber relación de causa ó efecto. De 363 casos de escarlatina que después hemos examinado mi ayudante el Dr. Sommerfeld y yo, en 356 se encontraron estreptococos y sólo en muy corto número se hallaron además otros microbios.

Klein es el primero que encontró el estreptococo en la ubre de unas vacas, cuya leche había sido el vehículo del contagio escarlatinoso; Jamieson y Edington encontraron otro bacilo en la piel. Una comisión nombrada por la Sociedad médica de Edimburgo creyó que el descubrimiento de Klein no tenía ninguna importancia; Broke, Fraenkel, Freudenberg y otros, creen que el estreptococo sólo es causa del desarrollo de formas secundarias. En cambio Babés le atribuye cualidades virulentas, pero no distingue cómo es debido la especificidad y la virulencia, y sólo funda la primera en bases hipotéticas. La señorita Rasky, de Moscou, cree que los estreptococos que ha encontrado en la escarlatina sólo intervienen en las afecciones secundarias; publica, sin embargo, dos casos de escarlatina fulminante en que había estreptococos, sin existir ninguna afección secundaria. D'Espine y Marignano encontraron en sangre de escarlatinosos un micrococo, al que atribuyen carácter específico, y se inclinan á creer que el estreptococo es el agente causal de la escarlatina. Hilbert dice que el estreptococo se encuentra en la faringe de todos los niños, y que no tiene importancia ni en la etiología de la escarlatina, ni en la de la angina A mi juicio, este dato no significa que el estreptococo no tenga importancia alguna.

En la grave epidemia de escarlatina que hubo el año pasado en el Hospital de Niños de Federico, y en la que la muerte sobrevenía á los dos ó tres

días sin ninguna complicación, examiné la sangre de 42 cadáveres, é hice cultivos con sus órganos, cuidando de practicar la autopsia, lo más tarde, doce horas después de la muerte. En un caso, del líquido extraído en vida por medio de una punción lumbar hecha con fin terapéutico, se pudieron cultivar estreptococos. En 8 casos, en que no había habido ninguna afección secundaria, se encontró también el mismo estreptococo; todo lo cual me afirma en la idea de que este microbio se halla en estrecha relación con el proceso escarlatinoso. En los cultivos se desarrolla en cadenas largas ó cortas, y su forma es muy variable. Crece bien en el caldo alcalino; se tiñe con el método de Gram; también crece en otros terrenos nutritivos, pero no en la patata, y tiene las propiedades del estreptococo piógeno, que en este caso no le conceden ninguna especificidad. Es microbio que he encontrado en todos los órganos de los escarlatinosos; su virtud patogénica varía muchísimo, y su virulencia puede exaltarse mucho por medio de cultivos sucesivos. No he conseguido observar con él fenómenos de aglutinación; pero hasta ahora ha sucedido lo mismo con todos los estreptococos. Cultivado en caldo, si se filtra éste se ve que tiene propiedades muy tóxicas. Las inoculaciones con cocimiento del estreptococo no han revelado grandes diferencias en la virulencia. De todos modos, lo que queda en los cultivos es la substancia virulenta del coco mismo. De todo lo expuesto creo poder deducir que el microbio en cuestión tiene mucha importancia en el desarrollo de la escarlatina.

La clínica parece también apoyar mi opinión. Hasta ahora no se ha hecho hincapié en la diferencia que hay entre los síntomas de infección y los de intoxicación. El exantema debido á los últimos, tiene cierto parecido con los medicamentosos. El agente patógeno no es preciso que penetre en la piel; sólo comunica su virus á la sangre y basta con esto para que se produzca el exantema. Ya no sucede lo mismo respecto á los fenómenos locales, como la angina, los infartos ganglionares, las hinchazones articulares, la otitis media, la trombosis de los senos, etc.; en estos casos, el estreptococo obra localmente. Por otra parte, hay casos, como el de un niño que he visto hace poco tiempo, en que la enfermedad se presenta con vómitos, colapso, 41°, sopor, coma, ligera diarrea y muy poca erupción, sobreviniendo rápidamente la muerte. En estos casos predomina la toxicidad del virus y no llegan á producirse afecciones locales graves: la malignidad depende de la intoxicación, y parece como si el niño hubiera sido envenenado con ácido prúsico. Tales afecciones no pueden ser ocasionadas más que por un sólo micrococo; se trata de un virus específico producido por un coco también específico. En otro grupo de casos de curso benigno al principio, y en que apenas hay angina ni otros síntomas, sobreviene á las tres semanas una nefritis grave producida sin duda por la expulsión de cocos que habían estado apilados en algún punto. La toxicidad, en este caso, ha sido muy lenta. Entre ambos grupos se coloca uno muy numeroso en que se presentan los fenómenos locales. Todas estas manifestaciones clínicas se explican sin violencia admitiendo la invasión del estreptococo específico. No pretendo que sea completamente segura la especificidad del estreptococo que he hallado, pero llamo la atención sobre él y sobre todo acerca de la aparición en una época en que todavía no hay motivo para hablar de afecciones secundarias.

El Dr. Heubner: He de llamar la atención sobre las investigaciones que hemos hecho Slawyk y yo hace mucho tiempo en 200 casos, y sobre los trabajos de Sverensen, que no ha citado Baginsky. Como falta la prueba de la inoculación con éxito en los animales, no me doy por convencido de la especifidad del estreptococo, que el conferenciante halló en los escarlatinosos. La analogía entre el exantema de éstos y el producido por medicamentos, sólo existe para un examen superficial.

El Dr. Slawyk: No he encontrado estreptococos en algunos casos de escarlatina fulminante; sólo los ví cuando había habido fenómenos secundarios. Soy también de los que no creen aclarada la etiología. En algunos casos es posible que la intoxicación parta de la llamada angina entreptocócica; sin embargo, en 24 casos no hubo nada de angina. Bernheim ha demostrado que la punción del corazón no siempre da sangre procedente de este órgano, puesto que en algunos se penetra en el pulmón ó en la superficie mucosa de éste. Para proparcionarme sangre, pinché siempre la vena mediana.

El Dr. Hansemann: Echo de menos datos precisos sobre los experimentos hechos en animales.

El Dr. Wassermann: Los estudios de Baginsky demuestran que en la escarlatina siempre se trata de un proceso séptico y de fenómenos intravitales, y no de infecciones mixtas post-mortales. La presencia constante del estreptococo ilustra los fenómenos concomitantes, aunque no resuelve en definitiva todas las cuestiones. Conviene clasificar á toda costa el estreptococo hallado por Baginsky, por lo mismo que hay muchas especies dentro de este grupo. Para ello se puede estudiar la infección del suero, investigando especialmente si el suero de convalecientes de escarlatina ó de individuos que ya hubiesen pasado esta enfermedad, es capaz de influir y hasta qué punto, en el estreptococo tantas veces citado. A pesar de lo difícil que es descubrir los micro-organismos de los exantemas agudos, creo que se llegarán á vencer estas dificultades. Así, filtrando una mezcla de cultivos de los microbios de la septicemia de los ratones y de los de la glosopeda por bujía de porcelana, quedan retenidos los últimos y pasan los primeros, averiguándose de este modo que son más pequeños los de la glosopeda que no los de la septicemia de los ratones. Del mismo modo, Nona demostró la existencia del agente productor de la peri-pneumonía del ganado vacuno. En efecto, colocando debajo de la piel de un buey sano un saquito de colodion lleno de jugo pulmonar de otro animal enfermo de peri-pneumonía, observó que se producía una trasudación debajo de la piel. A los catorce días, el contenido del saquito estaba turbio, y aunque el microscopio no encontró ningún elemento morfológico, la inoculación de dicho contenido diluído á la millonésima, ocasionó el desarrollo de una peri-pneumonía. Con procedimientos análogos, acaso se lleguen á descubrir los agentes productores de los exantemas agudos.

El Dr. Baginsky: Los animales á los que inyecté el cultivo del estreptococo, sucumbieron con síntomas de septicemia. También estoy practicando experimentos de inmunización; pero como en conciencia sólo se puede sacar sangre á los escarlatinosos con un motivo quirúrgico, estas investigaciones tienen que ir muy despacio, y hasta ahora no me han dado ningún resultado que se pueda utilizar.

Púrpura reumática y angina. — El Dr. Alfredo Bruck: En la mayor parte de los muchísimos trabajos que se han escrito sobre las relaciones entre la angina y el reumatismo, se admite que el reumatismo articular agudo es de origen infeccioso y producido por microbios debilitados de la piohemia, que penetran en las amígdalas como primer punto donde se localizan; después, las bacterias ó los productos de su nutrición llegan con la sangre á las articulaciones y producen los fenómenos característicos de la enfermedad. Se han encontrado tanto en las amígdalas como en la sangre y las articulaciones estrepto y estafilococos y diplococos de Fraënkel. El reumatismo articular agudo sería, según esto, una piohemia atenuada, como lo demuestran también sus complicaciones, y entre ellas la endocarditis. En el último Congreso de medicina interna, insistió Leube en que esta última afección puede tener su origen en una angina común. Así se explica también la relación frecuente entre el reumatismo articular agudo y la endocarditis. Respecto á la frecuencia de estas complicaciones, varía, según los autores, de un 80 á un 5 por 100 de los casos. En algunos en que las tonsilas parecían normales durante la vida, se vió en la autopsia que no lo estaban. A veces media tanto tiempo entre la invasión tonsilar y la afección reumática que la primera ya está curada cuando sobreviene la segunda. Así como los fenómenos cutáneos dependen siempre de la cantidad de bacilos que han penetrado, lo mismo acontece con la angina. Hay casos en que la virulencia es menor; en otros, una mayor predisposición individual hace que sobrevengan más afecciones. Así se explica la diversidad del tanto por ciento que indican los distintos autores.

Hasta ahora se ha insistido muy poco entre las relaciones de la angina con la peliosis reumática, el eritema nudoso, la púrpura reumática, etc., porque en los casos de mal de garganta nunca se piensa en la existencia de afecciones cutáneas. Y, sin embargo, esta relación es más frecuente de lo que se cree. En cuatro casos observados por mí, se trataba de púrpura reumática que había ido precedida de angina casi inmediatamente antes. Las molestias al tragar eran casi siempre tan insignificantes que no hubieran inducido á los pacientes á buscar el médico; le llamaron por la afección reumática, ó en su caso, por la erupción cutánea. En un caso de tortícolis reumática y púrpura, la faringe estaba afectada de un modo indudable. En ambos casos, había al mismo tiempo dolores musculares. Este paralelismo de ambas manifestaciones, en que ya han insistido varios autores, indica el parentesco etiológico que existe entre el reuma muscular y el articular. Leube ya se había manifestado en 1894 partidario de la naturaleza infecciosa del reumatismo muscular; el agente patógeno debe ser afine al del reumatismo articular, y también parecen deponer en este sentido los casos frecuentes que dicen haber observado Peltesohn y algunos autores ingleses de angina combinada con reumatismo muscular (angina reumática). En una señora joven observé limitación parcial de los movimientos de los músculos de la laringe y reumatismo bien caracterizado de los músculos de la nuca y del dorso. En la literatura se refieren (Babés, Raue, etc.) casos análogos; Bloch cree que hay relación etiológica entre las infecciones agudas que parten del oído (otitis media aguda y purulenta) y el reumatismo articular.

Conviene, por lo tanto, en todo caso de reumatismo articular fijarse en aquellos órganos que pueden servir de puerta de entrada á la infección.

R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del dia 25 de Mayo de 1900.

Herida por arma de fuego.—El Dr. WEINLECHNER: El joven de veinte años que aquí presento se pegó un tiro, y penetró la bala en el carrillo derecho. A los diez días, y previo el examen radiográfico, que fué practicado por Stocke, se puso al descubierto el proyectil, que estaba deformado, y que se hallaba junto á las apófisis transversas de las vértebras cervicales segunda y tercera. Para ello se trazó por detrás del esterno-cleido-mastoideo una incisión de 4 centímetros de largo y de igual profundidad y se extrajo la bala con unas pinzas de pólipos. Sutura, desagüe y curación por primera intención. En este caso el examen radiográfico prestó grandes servicios para averiguar el sitio de la bala.

Herida por arma blanca.—El Dr. WEINLECHNER: El obrero de veinte años que aquí presento sufrió en el lado derecho del cuello una herida por arma blanca que le infirió un sujeto desconocido. El reconocimiento descubrió la existencia de una herida de 2 centímetros y medio de largo, que se hallaba por detrás del ángulo derecho de la mandíbula inferior; al mismo tiempo estaba paralizada la mitad de la cara del mismo lado. El herido sangraba abundantemente, y como quiera que la hemorragia no se cohibía á pesar de los taponamientos repetidos, á los catorce días se puso al descubierto la carótida primitiva por encima del músculo omoplato-hioideo y se la comprimió provisionalmente por medio de unas pinzas de presión, cubiertas previamente con tubitos de desagüe, todo ello con el objeto de buscar y ligar la carótida externa. Mas como tampoco cesara la hemorragia mediante la compresión arterial, se dilató la abertura de la puñalada hasta la carótida, se disecó la maxilar interna, que tenía un ojal pequeño por donde salía la sangre, se la ligó por encima y por debajo de este punto, y hecho esto se quitó la pinza que comprimía la carótida primitiva. La sospecha de que había sido herida la maxilar interna, se fundaba en la parálisis simultánea del nervio facial, pero se excluyó la idea de que hubiera una división completa de dicha arteria en vista de la inutilidad de los repetidos taponamientos. Ahora pensaba buscar los extremos divididos del nervio facial y combatir la parálisis cosiendo dichos extremos ó por medio de una neuroplastia; pero el enfermo no consiente en dejarse hacer esta operación.

Pneumotórax tuberculoso curado espontáneamente. — El Dr. SCHELESINGER: El sujeto de veintisiete años que aquí comparece, hallándose tranquilamente en su despacho un día de diciembre próximo pasado, sin haber sentido antes molestia alguna; ni haber tenido tos, ni haber sufrido ningún traumatismo, se vió acometido de una disnea tan intensa y que se iba acentuando en tales términos, que en las horas siguientes tuvo varios ataques de ahogo, y por la noche se vió obligado á permanecer fuera de la cama. A los cuatro

días encontré todos los signos clásicos de un pneumotórax del lado izquierdo. Llamaba la atención la falta de ruido de sucusión, á pesar de observarse el producido por la caída de una gota de líquido. Se podía excluir desde luego la idea de otra afección cualquiera. Los síntomas persistieron en el mismo estado unos catorce días, y después de esto desaparecieron los ruidos metálicos. Poco á poco se fué absorbiendo el aire de la cavidad pleural y distendiéndose el pulmón, de tal suerte que á los tres meses próximamente de iniciada la afección, el corazón ya ocupaba su sitio normal, el sonido á la percusión presentaba en todo el pecho sus caracteres fisiológicos, los bordes de ambos pulmones se deslizaban perfectamente y en toda la extensión del pecho se oía el murmullo vesicular.

En todo este tiempo estuvo el enfermo sometido á la cura por el reposo y al aire libre, á causa de padecer una afección tuberculosa, sin duda alguna, de los vértices, pero no muy adelantada, con lo cual ganó mucho de peso, y dicho catarro mejoró de un modo positivo. Lo que llamó la atención en este caso fué la falta completa de un exudado. La marcha de la enfermedad recuerda, tanto por esto como por la absorción relativamente rápida del aire, los casos de pneumotórax traumático que, según sabemos, es frecuente que sigan un curso favorable.

Osteomalacia.—El Dr. Latzko: La enferma que aquí presento, sufrió en octubre de 1899 la extirpación total por la vía vaginal, á causa de padecer tumores en los anejos de ambos lados. El ovario no pudo ser extirpado por completo, por lo cual es sumamente probable que haya quedado un pequeño resto del mismo. Después de la operación se presentó por de pronto una agravación considerable de los síntomas de la osteomalacia, que tardaron en retrogradar algunos meses. En la actualidad, esta enferma no se halla objetiva ni subjetivamente mejor que antes de la operación. Pudiera tratarse de explicar este hecho por la circunstancia de haber quedado un resto del ovario; pero tal explicación no es satisfactoria. Sabido es, en efecto, que después de extirpado el útero, pueden presentarse fenómenos de deficiencia funcional, á pesar de haber dejado un ovario, de donde resulta que ciertas funciones de este órgano se extinguen de un modo más ó menos rápido, una vez extirpado el útero. Por la misma razón puede suceder también que la osteomalacia se cure con la extirpación del útero, aunque se haya dejado un ovario. Lo único que hay que suponer en uno de estos casos, es que la función desconocida del ovario que se considera como causa hipotética de la osteomalacia, se extingue ó desaparece una vez extirpado el útero. En el caso presente, me propongo emprender el tratamiento fosforado, y espero que con esta terapéutica habré de obtener resultados seguros.

Diseminación de los gonococos en el útero y en los anejos.—El Dr. Kraus: En contraposición á los datos que exponen otros autores, tengo que manifestar que de 11 casos examinados por mí, en 8 encontré que los gonococos habían penetrado hasta el mismo tejido muscular del útero, siguiendo para ello vías marcadas de antemano, y sobre todo las vías linfáticas y los intersticios ó hendiduras de los tejidos. Por esta razón, es frecuente encontrar dichos microbios en estado de degeneración, y tan sólo en partes circunscritas del músculo uterino, donde provocaron la fusión purulenta del tejido ó metritis blenorrágica. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la coxigodinia. — El Dr. Barton Cooke Hirst, cree que la coxigodinia es casi siempre de origen traumático y depende de una lesión de estructura del hueso. Para combatirla, aconseja la extirpación del coxis por el método siguiente: Anestesiada la enferma, se la coloca en la posición de Sims y se desinfecta la región operatoria. En la línea media de ésta se hace una incisión recta que llegue hasta el hueso y extendida desde la base al vértice del mismo. Los labios de la herida se separan con retractores, y por medio de tijeras fuertes de punta aguda y curvas sobre su plano se desprenden todos los tejidos blandos adheridos al coxis. El dedo índice izquierdo, introducido debajo del hueso, sirve de guía y protege el recto. Si el coxis está anquilosado con el sacro, las alas del primer segmento vertebral indican el sitio de la articulación sacro-coxígea. Se introduce debajo del hueso una sierra de cadena, con la que se sierra el coxis. Sólo se necesita ligar la arteria sacra media, para lo cual se emplea el catgut. En la herida se deja para el desagüe una mecha formada con cinco trozos de intestino de gusano de seda. La herida se cierra por medio de cinco ó seis suturas del mismo intestino. A las pocas semanas la cicatriz es casi imperceptible. Cuando la coxigodinia es de origen obstétrico, el Dr. Hirst no opera hasta seis meses después del parto, porque muchas veces cura espontáneamente.

(*University Medical Magazine*).—F. Toledo.

Oclusión espasmódica del esófago como síntoma de infección urinaria. — El Dr. S. Grosglik, de Varsovia, refiere que un sujeto que padecía hipertrofia prostática y retención crónica é incompleta de orina, comenzó á presentar trastornos digestivos y sobre todo náuseas y vómitos, los cuales llegaron á expulsar hasta los alimentos líquidos. Siempre que el enfermo ingería cualquier alimento percibía la sensación de un cuerpo extraño á nivel del extremo inferior del esternón y á los pocos minutos vomitaba lo que había ingerido. La exploración con la sonda reveló la existencia de un obstáculo en la porción inferior del esófago. El enfermo estaba sumamente caquéctico. Otro médico había diagnosticado el caso de estrechez orgánica del esófago probablemente maligna. Había retención completa de orina : extraída ésta con la sonda despedía muy mal olor.

El autor opinó que el trastorno en la deglución se hallaba íntimamente relacionado con la infección urinaria, que existía una caquexia urinosa y que la estrechez esofágica era espasmódica. Dispuso por lo tanto que al enfermo se le alimentara por medio de enemas y que se practicaran lavados de la vejiga con mucha escrupulosidad é insistencia, con lo cual á medida que mejoraba la afección vesical, se iban calmando los vómitos, el paciente se pudo ir alimentando mejor y al fin se restableció por completo.

(*Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorgane*).—R. del Valle.

Un signo precoz del sarampión. — El Dr. Gripat dice que el sarampión se presenta en la parte palpebral inferior de la conjuntiva antes que en la ocu-

lar. Haciendo que el enfermo mire hacia fuera, se ve que la carúncula forma una mancha roja, y sobresale cuando aún está sana la conjuntiva. Mirándole de cara se nota que el borde del párpado inferior presenta un filete delgado rojo, que resalta sobre el color blanco del globo ocular. Débese esto á que la conjuntiva del párpado inferior se hincha y prolonga y sobresale detrás de las glándulas de Meibonio. Este filete da al ojo del enfermo un aspecto más vivo y brillante que el ordinario. — (*Arch. méd. d'Angers*). — F. Toledo.

Sanatorios suburbanos para tuberculosos.— En el Congreso contra la tuberculosis que se celebró últimamente en Berlín, dos médicos de esta capital, los Dres. Becher y Lemhoff, propusieron que en las inmediaciones frondosas de las grandes ciudades, se instalaran sanatorios (*Erholungsstätten* : establecimientos para reponerse), donde pudieran pasar todo el día aquellos enfermos que no pudiesen ingresar en un verdadero Sanatorio. Ahora bien, aunque á guisa de ensayo, esta proposición ya ha sido llevada á la práctica por la Cruz Roja de Berlín, la cual acaba de instalar uno de estos Sanatorios para hombres que no se hallan en aptitud de trabajar y que necesitan, no asistencia hospitalaria, sino permanecer mucho tiempo al aire libre y estar al mismo tiempo asistidos convenientemente. Los enfermos permanecen en el Sanatorio desde la nueve de la mañana hasta las siete de la noche ; se les da toda la leche que les prescribe el médico, de acuerdo con la Sociedad de socorros á que pertenezcan. La comida de medio día les cuesta 25 céntimos por ración. Los que la llevan de su casa se les proporciona manera de prepararla y calentarla. El tratamiento corre á cargo del médico de la Sociedad respectiva, y él es quien determina cuándo el enfermo se habrá de presentar en su consulta y quien da también el certificado necesario para que el enfermo sea admitido en el Sanatorio.

Si la institución de estos establecimientos da buenos resultados, Berlín llegará á estar rodeado de un cinturón de tales Sanatorios.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. del Valle.

Tratamiento de la tisis por los enemas de aceite de hígado de bacalao. — El Dr. Zenner ha empleado con éxito en varios casos de tisis el aceite de hígado de bacalao en enemas. Emplea 120 gramos diarios, que administra en un enema una hora después de vaciar el recto con otro enema ordinario ó de la evacuación natural. Para favorecer la retención del aceite, lo inyecta tibio y poco á poco, estando el enfermo en posición genupectoral ; haciendo la inyección por la noche, el enfermo retiene en su recto el aceite más de doce horas. Este aceite es digerido antes, en el espacio de dos horas, agregando á cada 100 gramos 2 de pancreatina pura, 2 decígramos de bilis de buey, 6 de cloruro sódico y 20 gramos de agua. Inmediatamente antes de usar la emulsión se agita, y se la añaden 3 gotas de esencia de eucaliptus. La pancreatina se emplea para favorecer la absorción de los glóbulos grasos, y la bilis y el cloruro de sodio para facilitar su paso á través de la pared intestinal. La emulsión debe ser alcalina, ó cuando menos neutra.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

EL HIPO Y SU TERAPÉUTICA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General de Madrid.

(Conclusión)

Agentes hidroterápicos. — La hidroterapia es otro de los agentes terapéuticos á los que se ha acudido para curar el hipo. Las formas hidroterápicas aconsejadas han variado extraordinariamente, según los casos. En general, casi siempre se ha empleado el agua fría, unas veces en forma de duchas, otras en forma de inmersión repentina y otras acudiendo á la sábana mojada.

Tanto en unas como en otras formas de aplicación del agua fría, se busca indudablemente provocar una impresión suficientemente enérgica para ser capaz de inhibir el reflejo que determina el hipo. En realidad, por el mecanismo con que la hidroterapia fría puede hacer cesar el hipo, corresponde este tratamiento al grupo de los agentes que podrían llamarse inhibitorios. En el fondo tiene muchas semejanzas el mecanismo curativo de la hidroterapia en los casos de esta índole con el propio de las impresiones morales fuertes, como el miedo, el terror, etc.

Las duchas de agua helada empleadas por Stockton, suelen dar muy buenos resultados cuando son de muy corta duración y se aplican á la región de las inserciones diafragmáticas. De todos modos, es necesario convenir que esta forma hidroterápica ni es de fácil aplicación, ni es muy cómoda, y por lo tanto, que no puede ser de un empleo corriente en la terapéutica del hipo. Además, lo propio las duchas de agua helada que la inmersión repentina y breve en el

agua fría, puede tener un gran número de contraindicaciones, según el estado del enfermo y el padecimiento que ha determinado el hipo.

La sábana mojada, empleada por el Dr. Chambard-Hénon (1) en un caso de escarlatina, dió un éxito brillante. Se trataba de un hombre de treinta y cuatro años de edad que, al tercer día de la enfermedad, tuvo un hipo incesante, que repetía cada dos ó tres minutos, y que duró siete días, sin permitir al enfermo ni reposo, ni sueño, ni comer, beber, etc. Durante este tiempo la orina era muy rara (unos 200 gramos al día), muy colorada y muy sedimentosa, sedimento que se disolvía por la ebullición ; no había ni indicios de albúmina y la fiebre del enfermo era moderada. Después de haber empleado un gran número de agentes terapéuticos, incluso los puntos de fuego, que no determinaron más que una mejoría pasajera, aplicó al enfermo la sábana mojada fría durante cinco minutos cada tres horas. A la tercera aplicación, el enfermo orinó abundantemente y cesó el hipo. Cada vez que se acercaba el momento de renovar la sábana mojada, el enfermo estaba impaciente, deseando que se le cambiara, puesto que temía que volviera á repetirle el hipo. La mejoría persistió y la curación fué definitiva ; se hicieron 29 aplicaciones.

En el caso que acabamos de citar, es muy probable que se tratara de un hipo de origen tóxico, principalmente determinado por la escasez de orina, y por lo tanto, no es de extrañar que la sábana mojada provocara desde las primeras aplicaciones una gran mejoría, puesto que es muy probable que aumentara la diuresis, facilitando la eliminación de las toxinas que, al encontrarse retenidas en el organismo, obraron sobre el sistema nervioso provocando el espasmo diafragmático.

No obstante, es de presumir que la sábana mojada no sólo obró en dicho caso de un modo que podríamos llamar patogénico, sino que indudablemente ejerció la acción fundamental de estas aplicaciones de agua fría, las cuales, impresionando enérgicamente todo el sistema nervioso periférico, influyen, una vez transmitida dicha impresión á los centros nerviosos, en las funciones de éstos, y de un modo particular en romper el círculo que sostiene un acto reflejo. De ahí que en los casos de otro género, cuando no es posible ni lógico atribuir el hipo á un origen tóxico, pueda esperarse de la sábana mojada en agua fría un satisfactorio resultado por la trascendencia central cerebro-medular que tiene la impresión nacida en la periferia de todo el sistema nervioso.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat* , t. LXIII, p. 944, 1892.

Por otra parte, el hecho clínico de que el hipo se observe en la inmensa mayoría de los casos en individuos neurópatas, y el de que éstos, en general, nó pueden ser sometidos sin gran quebranto, y algunas veces exponiéndoles á efectos contraproducentes, á impresiones demasiado perturbadoras, y la razón científica de que la sábana mojada es una aplicación hidroterápica mucho más moderada que la ducha y la inmersión frías, aconsejan que en la práctica se acuda, cuando se crea indicada la hidroterapia fría, más á menudo á la sábana mojada que á la otra clase de aplicaciones.

Agentes eléctricos. — La electricidad se ha empleado con bastante frecuencia en el tratamiento del hipo, y principalmente la farádica y la galvánica.

La electricidad farádica ya fué recomendada por Erb quien dice, en su Tratado de Electroterapia, que ha obtenido excelentes resultados paseando el pincel farádico por la región epigástrica. Recientemente la faradización ha sido muy recomendada por el Dr. Lipotte en una comunicación que hizo al Congreso de Neurología, Psiquiatría, Electricidad médica é Hipnología, que se celebró en Bruselas del 14 al 20 de septiembre de 1897, en la cual manifestó que después de tratar la causa determinante del hipo, el tratamiento directo más racional y más recomendable de este síndrome consiste en la aplicación del pincel farádico en la región cervical posterior, citando, en apoyo de su afirmación, un gran número de hechos clínicos que hablan elocuentemente en pro de dicho tratamiento.

La electricidad galvánica se ha empleado aplicando el polo negativo en la nuca y el positivo en distintas regiones de la base del tórax, en los sitios de las inserciones diafragmáticas, ó colocando un polo en cada apófisis mastoides para hacer pasar una corriente en sentido transversal por la base del cráneo.

Cuando se emplea la electricidad en una ú otra forma deben repetirse las sesiones con alguna frecuencia con objeto de que la acción de este agente terapéutico sea eficaz, puesto que raras veces se ha conseguido suspender el hipo en una sola sesión. Obsérvase en ocasiones que, en pos de una sesión eléctrica ó durante la aplicación, cesa el hipo; no obstante, por lo general no tarda en reaparecer. De esto se desprende la conveniencia de insistir mucho en la aplicación de este agente, por una parte, y por otra, el que en muchos casos, por su rebeldía ó intensidad, no deba emplearse como tratamiento único, sino como un poderoso coadyuvante.

Agentes mecánicos.—Los agentes mecánicos que se han empleado

contra el hipo pueden dividirse en dos grandes grupos; los que dirigen su acción principal sobre el aparato respiratorio, y los que la ejercen principalmente sobre el aparato digestivo.

Entre los medios más inocentes que influyen sobre el aparato respiratorio figura el de la propia voluntad individual, ordenando retener la respiración ó modificar su ritmo. En los casos en que el hipo se presenta como una fugaz perturbación en el curso de una salud excelente ó en individuos neurópatas, pero sin ninguna enfermedad real á qué atribuirlo, estos sencillos medios determinan con mucha frecuencia la suspensión del hipo.

Si se analiza con alguna detención el mecanismo porque pueden suspender el hipo, el acto de detener la respiración el mayor tiempo posible ó el de modificar profundamente su ritmo, haciendo, por ejemplo, profundas inspiraciones y breves expiraciones, ó haciendo una respiración superficial ó en otro caso muy prolongada y detenida, acude al pensamiento que, á pesar de la sencillez del medio empleado, su acción no es tan simple como á primera vista podría creerse puesto que, si en el fondo de ella no se ve más que una perturbación mecánica del acto respiratorio, en cambio, dicha perturbación exige un determinado esfuerzo de atención que por su índole hace pensar en una acción sugestiva provocada por el mismo enfermo; en una palabra, hace pensar en la auto-sugestión.

Se ha aconsejado también, para suspender el hipo, provocar otra perturbación del acto respíratorio que consiste en el estornudo. Sobre todo, el Dr. Tatevossow ha recomendado el rapé tomado por la nariz hasta provocar frecuentes estornudos para curar rápidamente el espasmo diafragmático. El estornudo como complicado acto respiratorio en el que interviene tambien la contracción diafragmática, puede romper el acto reflejo que sostiene la contracción espasmódica de dicho músculo en los casos que no se caracterizan por su rebeldía. Es común en la práctica que una serie de estornudos hagan cesar el hipo.

Además de las perturbaciones voluntarias de la respiración, se emplean otros agentes mecánicos que obran directamente sobre la inervación diafragmática ó sobre algún órgano importante del aparato respiratorio. Entre estos medios figuran la compresión de los nervios frénicos, la compresión de los pneumogástricos, el procedimiento de Hénocque, la elevación del hioides y las tracciones de la lengua.

La compresión de los nervios frénicos fué aconsejada hace mu-

chos años por Cognot de Milly, y más recientemente ha sido recomendada de nuevo por el Dr. Leloir (1). Refiere este autor que fué consultado para ver una niña de doce años que tenía un hipo incoercible que databa de un año y que se presentaba dos veces por minuto, impidiendo el sueño, la nutrición y determinando el enflaquecimiento de la enfermita; se habían prescrito en vano todos los antiespasmódicos, en vista de lo cual se hizo la compresión del nervio frénico izquierdo, que era bastante doloroso á la presión, durante tres minutos y el hipo desapareció por completo sin volverse á reproducir.

Dicha compresión se verifica con relativa facilidad entre las inserciones esterno-claviculares del músculo esterno-cleido-mastoideo. Para ello puede emplearse la compresión digital ó la mecánica por medio de aparatos. La compresión digital, generalmente transitoria, no siempre suele dar resultados duraderos cuando se trata de hipos rebeldes provocados por perturbaciones orgánicas de mucha importancia, según tuvimos ocasión de observar en el caso de hipo que se presentó en el curso de la viruela. Efectivamente; la compresión digital del frénico en dicho caso disminuía la frecuencia del hipo, pero tan pronto cesaba la referida compresión volvía el espasmo diafragmático á repetirse y sucederse con la misma frecuencia de antes. De ahí la necesidad de acudir á la compresión por medio de aparatos cuando se quiere ensayar la compresión del frénico de un modo prolongado, aunque en estos casos el ensayo siempre reune las desventajas inherentes al empleo de esta clase de medios, que en ocasiones son más molestos que la misma enfermedad que se trata de combatir.

La compresión de los pneumogástricos, lo propio que la de los frénicos, tiene por objeto modificar el conductor por donde pasa la incitación que provoca el espasmo diafragmático, si bien es necesario recordar, para juzgar imparcialmente el valor de la teoría en que se funda la compresión de los frénicos para suspender el hipo, los experimentos de Romberg y de Bright, según los cuales, la irritación directa de los nervios frénicos no determina el hipo. Estos experimentos hacen pensar que tal vez la compresión susodicha no hace cesar la contracción espasmódica del diafragma por suspender ó aminorar el paso de la incitación que la determina á través de dichos conductores nerviosos.

(1) *Acad. des scienc. de París*, 18 enero 1892.

El procedimiento del Dr. Hénocque, algo anticuado ya y que en realidad tiene mucho de sugestivo, consiste en la extensión de la cabeza acompañada de la compresión digital de los conductos auditivos externos. Aunque en esta posición se modifican indudablemente las relaciones ordinarias de los distintos órganos de la región anterior del cuello, es lo cierto que, tanto por la poca importancia de dicha modificación como por la escasa trascendencia nerviosa de la compresión de los conductos auditivos externos, vése más en este procedimiento mecánico uno de tantos medios sugestivos, dado el esfuerzo y particular posición que requiere.

La elevación digital del hueso hioides, ha sido aconsejada por Nothnagel y, aunque no puede negarse que es muy difícil de practicar, parece que ejerce una acción inhibitoria sobre el hipo que han confirmado posteriormente otros medios mecánicos, cuya acción ha sido descubierta de un modo casual.

Efectivamente, el Dr. Lépine, de Lyon (1) refiere el caso de una joven que tenía un hipo intenso que databa de cuatro días; dicha joven, que no era histérica, tenía alteraciones dispépticas y al examinar la lengua la mantuvo durante algún tiempo sostenida con fuerza hacia afuera. Pues bien; durante estos instantes, cesó el hipo y en vista de ello el Dr. Lépine le hizo sostener entonces la lengua en aquella posición violenta durante algunos minutos, con lo cual cesó el hipo de un modo definitivo.

El Dr. Viant había curado ya en 1894, dos casos de hipo rebeldes y refractarios á todo tratamiento por las tracciones rítmicas de la lengua. Merced á estos hechos clínicos se explica perfectamente el consejo de Nothnagel, referente á elevar el hueso hioides para hacer cesar la contracción diafragmática, ya que se obtiene dicha elevación con la tracción de la lengua.

Atendiendo á la importancia de este medio puramente mecánico y de tan facilísima aplicación, el Dr. Laborde, que tan profundos y detenidos estudios ha hecho respecto al tratamiento de la muerte aparente por las tracciones rítmicas de la lengua, aconsejó la tracción continua de este órgano como el tratamiento de elección en el hipo (2), apoyando su consejo en observaciones clínicas cada vez más numerosas. Posteriormente, el Dr. Noir ha publicado dos casos clínicos más (3) que demuestran de un modo evidentísimo la acción

(1) *Soc. de Biologie de París*, 7 de febrero de 1896.
(2) *Progrès Médical*, pág. 315, 1896.
(3) *Progrès Médical*, pág. 5, 1900.

decisiva que para suspender el hipo tiene la tracción continua de la lengua.

En uno, se trataba de una niña muy nerviosa, de seis años y medio, que había tenido muchas veces crisis convulsivas. Dicha niña, en pleno verano y después de haber almorzado, fué atacada de un hipo cuyos espasmos fueron cada vez más violentos y repetidos. Cuando el Dr. Noir vió á la niña, las contracciones del diafragma eran tan violentas que á pesar de estar aquella acostada en la cama se encorvaba bruscamente hacia adelante á cada convulsión, no obstante sus esfuerzos para estar inmóvil; cesaba el espasmo y volvía á quedar echada sobre el dorso sintiéndose extenuada. Esta escena se repetía cada cuatro ó cinco segundos; se hizo la tracción continua de la lengua durante minuto y medio poco más ó menos y cesaron como por encanto las convulsiones diafragmáticas y no volvió á reproducirse el hipo.

En otro caso, se trataba de un diabético tuberculoso en plena caquexia que hacía muchos días padecía una disnea muy intensa y un hipo de origen tóxico, el cual, por su rebeldía, no había cedido á ninguna medicación é impedía el reposo de la enferma. La tracción continua de la lengua durante unos dos minutos suspendió el espasmo que reapareció algunos días más tarde pero que fué detenido por el mismo procedimiento.

Se ha supuesto que este procedimiento calmaba el hipo por la excitación bulbar determinada por la tracción continua de la lengua, excitación que inhibía dicho centro si estaba excitado, mientras que la excitación provocada por el mismo medio, le excitaba si estaba de antemano inhibido. Sea cual fuere el mecanismo invocado para explicar la eficacia de la tracción continua de la lengua en el tratamiento del hipo, es lo cierto que se trata de un agente que reune las grandes ventajas de poder ser empleado por personas ajenas á la profesión, de no exigir ningún aparato especial y de dar excelentes resultados prácticos.

Conocidos los agentes mecánicos que dirigen su acción principal sobre el aparato respiratorio, entre los cuales figuran algunos de los más inocentes, más prácticos y más eficaces, podemos reducir los que comprende el segundo grupo á los que obran mecánicamente sobre el esófago y á los que ejercen su acción sobre el estómago.

Son muy variados los agentes aconsejados contra el hipo, cuya acción principal consiste en determinar contracciones rítmicas del

esófago, haciendo tragar determinadas substancias, buscando tal vez en tales recursos un antagonismo con la contracción diafragmática capaz de hacer cesar el hipo.

A esta clase de agentes pertenece el procedimiento aconsejado por el Dr. Varangot (1), el cual, atormentado frecuentemente por el hipo, dice que lo calma siempre incontinenti haciendo lo siguiente: algunos segundos después de una contracción el individuo se queda inmóvil, habiéndose aflojado toda constricción torácica si es posible, hace una semi-inspiración y en seguida se coge las narices con los dedos cerrando el paso del aire por ellas y empieza á beber medio vaso de agua á pequeños sorbos, repetidos, regulares, como sorbiendo y sin respirar, prolongando este acto lo más posible; si hay necesidad se vuelve á empezar. El Dr. Varangot, añade, que siempre ha conseguido suspender el hipo por este procedimiento y realmente es muy común que se obtenga este resultado cuando no se trata de hipos rebeldes, cuya causa originaria es difícilmente removida. Supone dicho autor, que se consigue el efecto deseado por las siguientes razones: por una parte, reposo del diafragma que la deglución de un poco de agua y de aire permite prolongar sin esfuerzo; y por otra, dicha deglución determina movimientos peristálticos del esófago y del estómago, movimientos que rompen el espasmo del diafragma ligado normalmente á los movimientos antiperistálticos del vómito. De donde resulta que, contrayéndose regularmente el esófago, provoca por sinergia la regularidad de las contracciones diafragmáticas.

A este mismo grupo corresponde también un remedio, por cierto muy agradable, aconsejado por el Dr. Llanos y publicado en las páginas de esta Revista (2). Consiste en administrar la miel blanca. Según dice dicho colega, los resultados que ha obtenido con tan sencillo remedio son muy excelentes y cuentan con una larga práctica. Lo ha empleado cuando otros medios habían fracasado en muchos casos y en él mismo, en adultos, en niños de pecho tan propensos como es sabido al hipo, y en enfermos graves con éxito constante. La miel blanca con este objeto se administra del siguiente modo: una cucharada grande para los adultos, media cucharadita de té para los niños de pecho y una de café para los mayorcitos. En general, basta una sola dosis, pero alguna vez es conveniente repetirla para desterrar definitivamente el hipo.

(1) *Jour. de Méd. et de chir. prat.* de París, pág. 42, 10 de enero de 1896.
(2) *Rev. de Med. y Cir. Práct.*, t. XXXV, pág. 134, 1894.

Entre los agentes que obran directamente sobre el estómago se ha aconsejado el lavado de esta víscera y los vomitivos. El lavado del estómago recomendado por el Dr. Galland, de New-York, aparte de las contraindicaciones que puede tener en determinados casos, no es un agente de los que puedan generalizarse en el tratamiento del hipo, ni de los que pueden emplearse con relativa facilidad en los casos graves y rebeldes de hipo. Además, el mecanismo de su acción se presta á muchas dudas si no se acude, para interpretarlo, en ayuda de una acción refleja provocada por el paso de la sonda por el esófago ó por el líquido que se introduce en el estómago.

El vómito provocado por cualquiera de los agentes conocidos con el nombre de vomitivos, puede en determinados casos dar muy buenos resultados, sobre todo, cuando el hipo responde á una perturbación gástrica determinada por una indigestión. En otros casos, el vómito y aun la simple náusea pueden exagerar las contracciones convulsivas del diafragma, aunque no se pueda negar que en determinadas condiciones el complicado acto del vómito sea capaz de suspender el origen del reflejo que determina consecutivamente el hipo De todos modos, tanto los vomitivos como el lavado del estómago son agentes tan perturbadores que no deben prescribirse en un determinado caso de hipo, si no se juzgan muy claras y precisas sus indicaciones.

Agentes sugestivos. — Los agentes sugestivos indudablemente son los que se han empleado con más frecuencia en el tratamiento del hipo y los que tal vez cuentan con mayor número de éxitos en sus aplicaciones.

Trátase, en el hipo, de una perturbación esencialmente nerviosa y en la inmensísima mayoría de los casos de naturaleza dinámica, ó si se quiere, ya que no es concebible una perturbación funcional sin alteración del órgano, de tal naturaleza que no va acompañada de precisas é indudables modificaciones de los órganos que intervienen en la función patológica. Por otra parte, es común que el hipo se desarrolle en personas histéricas, hasta el punto de que algunas veces él representa la primera manifestación más aparente del histerismo. Cuando no se desarrolla en individuos histéricos ó no es una manifestación clásica del histerismo, es muy común también que se desarrolle en terrenos neuropáticos, es decir, en individuos que pertenecen de lleno á esa gran familia nerviosa.

Dada, pues, por una parte, la naturaleza del hipo, y por otra, el terreno en que ordinariamente se desarrolla, no es de extrañar que los

agentes sugestivos se empleen con mucha frecuencia y con verdadera eficacia en muchos casos.

En este grupo pueden colocarse el sinnúmero de medios que la tradición, la rutina y el instinto vulgar han ido acumulando, los cuales obran principalmente por despertar miedo, ó determinar una emoción, ó provocar cualquier choque de índole moral. Sea cualquiera el medio que se emplee de esta clase, parece indudable que ejerce una acción inhibitoria sobre los centros nerviosos merced á la brusca sacudida á que se le somete por el choque moral; cuyo resultado es interrumpir el automatismo reflejo, y por lo tanto, el hipo.

Aunque es muy común que el empleo de esta clase de medios vaya seguido de éxito en los casos leves, es necesario hacer constar que es muy frecuente que dichos éxitos sólo sean pasajeros y transitorios y recordar que los mencionados medios no siempre son inocentes, y por lo tanto que, según la naturaleza y condiciones orgánicas del enfermo, pueden provocar alteraciones tal vez más importantes que la que se trata de combatir.

Teniendo en cuenta la facilidad con que se obtiene la auto-sugestión y el variado número de medios que conducen á obtenerla, se comprende la frecuencia con que una enfermedad de esta clase puede curar con el agente más sencillo, aunque sea en apariencia perturbador. Tal sucede con los vejigatorios aplicados en la nuca ó con los puntos de fuego aplicados, como lo ha hecho Zuccarelli, en la base del tórax en el sitio de las inserciones diafragmáticas.

Refiere este autor (1) que en una joven de apariencia robusta y sin tara nerviosa apreciable se presentó un hipo intenso y ruidoso y que á los cinco días de duración, después de haber empleado en vano diversos medios terapéuticos incluso las inyecciones de morfina, obtuvo la cesación instantánea del espasmo por la aplicación de puntos de fuego en la base del tórax. Seis meses después recidivó el hipo, pero también cedió con rapidez á una nueva aplicación de puntos de fuego en el mismo sitio y en la región cervical en el trayecto del nervio frénico.

Cuando en casos de este género el examen de los nervios frénicos no hace presumir ninguna alteración de los mismos, es muy lógico pensar que todas las revulsiones aplicadas en el origen, trayecto ó terminación de los nervios frénicos obran más bien, que por su simple acción revulsiva, por su acción sugestiva ó por su acción inhibitoria.

(1) *La Belgique Médicale*, pág. 785, núm. 49, 1896.

Entre los agentes sugestivos, cuya sencillez é inocencia no pueden ser superados, recordamos el procedimiento aconsejado por Pauzat (1) que consiste en la compresión de la pulpa digital del pulgar contra la pulpa del dedo meñique. Para aplicar con éxito este procedimiento es necesario que se llenen, según el autor, las dos condiciones siguientes : 1.ª, la compresión de las pulpas digitales del pulgar y meñique, debe ser enérgica y verificarse simultáneamente en las dos manos ; y 2.ª, la compresión debe verificarse desde la primera sacudida diafragmática, puesto que una vez desarrollado el hipo, aunque este procedimiento tiene el poder de moderarlo y aun de suspenderlo, los resultados no se obtienen tan fácilmente y son tanto más inseguros en cuanto la compresión del pulgar contra el meñique entraña una actitud fatigosa que no se puede sostener indefinidamente.

Ahora bien ; si se reflexiona acerca del mecanismo íntimo de la inmensa mayoría de los agentes aconsejados contra el hipo, descúbrese en el fondo de todos ellos la inhibición. Tanto en el grupo de los agentes sugestivos como en los demás grupos, todos lo medios preconizados tienen por objeo inhibir el automatismo reflejo que sostiene el hipo. Por esta razón conviene en la práctica no emplear algunos de los medios perturbadores que figuran en la terapéutica del hipo, sino después de haber empleado en vano los medios y procedimientos más inocentes.

Una fuente muy lógica de indicaciones en estos casos nace del aparato donde se supone se halla el origen del reflejo que determina el hipo. La naturaleza misma del enfermo también debe tenerse en cuenta para escoger determinado agente terapéutico con objeto de obtener más rápidos resultados. Así, por ejemplo, en la epidemia de hipo que se observó por Berdach en las escuelas municipales de Viena, desarrollada por imitación en un fondo histérico, fué suficiente el aislamiento, es decir, separar las niñas unas de otras para que el hipo cesara en la mayoría de ellas.

Por lo tanto, despréndese de lo expuesto que, ante un caso de hipo que exija intervención terapéutica, ya que como hemos dicho otras veces el hipo en pleno estado de salud es generalmente una perturbación respiratoria accidental y fugaz, lo primero que debe hacerse es indagar el estado patológico que le da origen para que, á la vez que se somete éste al tratamiento que le corresponde, se escojan los

(1) *Journ. des Práctic.*, 20 abril 1895.

medios más apropiados para combatir el hipo é influir favorablemente sobre el padecimiento que le ha provocado.

Cuando por las condiciones del enfermo y los caracteres y localización de la enfermedad no se puede cumplir esta primera parte del programa terapéutico, lo más conveniente es comenzar por el empleo de los agentes mecánicos que influyen sobre la respiración, y sólo cuando éstos fracasen, se acudirá sucesivamente á los agentes sugestivos, hidroterápicos, farmacológicos y eléctricos. Inútil es añadir que en los casos de hipo rebelde é intenso será conveniente acudir á una terapéutica en la que figuren agentes de varios grupos dispuestos y prescritos del modo armónico que exige todo tratamiento para que resulte eficaz.

NOTAS CLÍNICAS

I. Cloroformización uniforme.
II. Erisipela facial seguida de delirio y manía transitoria.

I

Nuestro distinguido colega el Sr. D. Juan José Conde-Pelayo, de Portugalete, nos remite la siguiente nota:

La muerte por síncope, en la anestesia clorofórmica, suponiendo puro el cloroformo, no depende tanto de la administración de gran cantidad de gases clorofórmicos, durante la anestesia, como del descuido de administrar una poción relativamente grande, en un espacio de tiempo relativamente pequeño. Así, por ejemplo, diez gramos de cloroformo pueden producir la muerte en pocos minutos, administrados irregularmente; y no la producirían administrados de una manera uniforme. Todos los prácticos conocen este peligro, y han multiplicado las precauciones para administrar el cloroformo de una manera lo más uniformemente posible, ya sencillamente uniforme, ya uniformemente acelerada ó uniformemente retardada.

En el Sanatorio quirúrgico del Dr. Madrazo, en Santander, donde se practica la cirugía moderna en grande escala (1), ví funcionar hace pocos días un aparato que cumple á maravilla estas condiciones. Se ensayó por primera vez el año pasado en la Clínica del doc-

(1) En el poco tiempo que lleva funcionando el Sanatorio se han operado 124 hernias, todas con éxito.

tor Schede en Bonn (Universidad). El autor es el farmacéutico y químico D. S. Geppert.

El aparato consiste en un gasómetro formado por dos cilindros embutidos el uno dentro del otro, expulsándose el aire por el descenso del cilindro interior con una presión muy suave, y que se regula merced á un juego de pesas. El aire, al salir del gasómetro pasa por una ampolla de vidrio, metida en baño de maría á 90°, donde se mezcla con el cloroformo en la proporción de medio centímetro cúbico de cloroformo por litro de aire. Esta mezcla se verifica de una manera automática por el mismo movimiento del gasómetro, y siempre de una manera constante, y en la misma proporción, el aire y el cloroformo.

El aire mezclado con el cloroformo en esta proporción, llega al enfermo por un largo tubo de cauchut, en cuyo extremo hay una llave graduada con la que se regula matemáticamente la cantidad de aire que se da al enfermo, variando éste entre uno y seis litros por minuto.

La anestesia es cerrada y mixta, pues se usa el cloroformo mezclado con el éter en la proporción de 2 por 1.

II

Nuestro laborioso compañero el Dr. D. Enrique Ferrer, de Villafranca de los Caballeros, nos comunica el siguiente caso:

Se trata de un sujeto de cincuenta y ocho años, labrador, casado, de constitución regular, temperamento nervioso, buen género de vida y de carácter en extremo impresionable. Sus antecedentes patológicos son: haber padecido las enfermedades propias de la infancia, y posteriormente catarros repetidos, y frecuentes erisipelas faciales. Además, hace unos seis años sufrió una obstrucción intestinal gravísima; en distintas ocasiones ha tenido cólicos nefríticos cuya repetición se trató de evitar con un tratamiento adecuado, y en época muy reciente sufrió un ataque de grippe que le dejó algo quebrantado.

El 30 de marzo se inició una erisipela del lado izquierdo de la cara que el enfermo trató según su costumbre, con polvos de arroz y alcanfor. Cuando el Dr. Ferrer vió al enfermo, fuera de la alimentación líquida oportuna, no varió el plan por no existir motivo para ello; mas al día siguiente, como la erisipela se hubiera acentuado y extendido, pero no al cuero cabelludo y muy poco al lado opuesto, sustituyó los polvos de arroz por la pomada de ictiol al 25 por 100,

con la que hizo embadurnar también el lado sano y la frente. La erisipela de vesiculosa se fué haciendo flictenosa en los días sucesivos y como la fiebre era alta se prescribieron la quinina asociada á la antipirina, algún purgante y sinapismos volantes á las extremidades Al día séptimo desapareció la fiebre pero, en cambio, se presentó un delirio agudo y furioso con alternativas de calma nada más que relativa, cuyo delirio con el cloral, el sulfonal y el almizcle desapareció á los dos días, pero para ser sustituído por una manía tranquila que consistía en creerse el enfermo completamente despreciado de los suyos. Pasan días y la inteligencia se normaliza sin que el enfermo recuerde *al parecer* nada de lo pasado y cuando al cabo de unos veinte días se habían desprendido las partes mortificadas de la piel de la cara, se presentaron cólicos nefríticos seguidos de la expulsión de arenillas y dolores en diferentes articulaciones.

La patogenia del delirio en el caso actual no puede explicarse por la fiebre, que ya sabemos no es necesaria para que exista dicho síntoma, ni por enfermedad cerebral, ni tampoco por invasión del cuero cabelludo que no hubo en el enfermo actual. Quizá pudiera explicarse por su excesiva impresionabilidad psíquica combinada acaso con el estado en que había dejado al organismo el precedente ataque de grippe. Respecto á los cólicos nefríticos y á los dolores articulares, es posible que el estreptococo de la erisipela sólo ó asociado á otros microbios, haya sido la causa de que se hubiese reanimado el antiguo padecimiento. Actualmente, á falta del suero anti-estreptocócico cree el Dr. Ferrer que la pomada de ictiol ú otra antiséptica es el tratamiento preferible, y en este caso, realmente coincidió con su empleo el estacionamiento del proceso erisipelatoso.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General de Madrid.

I. CIRUGÍA OCULAR del Dr. D. Miguel Santa Cruz, Director del Instituto oftálmico, por el Dr. D. Baldomero Castresana, oculista del mismo Hospital.

II. EXAMEN FUNCIONAL DEL IRIS COMO ELEMENTO DE DIAGNÓSTICO, por el doctor Rodolfo del Castillo Quartiellers.

I

El Dr. Castresana ha dado á conocer en un folleto de 122 páginas, los métodos operatorios que más á menudo emplea su ilustrado maestro, el Dr. Santa Cruz, en el Instituto oftálmico, de que es Director.

Comprende el folleto ocho artículos. En el primero, que es la introducción, consigna los trabajos que en dicho Instituto han practicado con algunos medicamentos nuevos, como la euftalmina, el protargol, el formol, etc., de los cuales no han obtenido los felices resultados que esperaban, dada la fama de que venían precedidos del extranjero.

El segundo artículo trata de la operación de la catarata. Expone el Dr. Castresana el procedimiento que más usa el Dr. Santa Cruz. Consiste en la sección á colgajo, variando la extensión de éste, según el tamaño del núcleo cristaliniano que ha de extraerse. Utiliza el cuchillete de Graeffe y practica la iridectomía en casi todos los casos. La anestesia del ojo la verifica con el clorhidrato de cocaína al 10 por 100.

En las cataratas semiblandas practica la iridectomía para facilitar la salida de las masas blandas; también en las duras la practica, toda vez que si no hay masas blandas que eliminar, en cambio, existe el peligro de las hernias y del enclavamiento del iris.

En las cataratas blandas, acostumbra el Dr. Santa Cruz á operarlas por discisión cuando el enfermo es menor de veinticinco años, recurriendo, por el contrario, á la extracción, cuando pasa de dicha edad.

La maduración artificial de la catarata, mediante una iridectomía

y el masaje del ojo, la ejecuta en cataratas de curso muy lento y en que el paciente no puede esperar á la evolución natural que experimenta el cristalino hasta su completa opacificación.

El capítulo tercero de la obra comprende el estudio de las cataratas secundarias; las divide en dos grupos: 1.°, cataratas secundarias sin proceso inflamatorio; y 2.°, cataratas secundarias con proceso inflamatorio, y catarata falsa ó exudativa. Cada uno de estos grupos los subdivide en lenticulares, capsulosos y capsulo-lenticulares, según que en la constitución de la catarata intervengan las masas cristalinianas que quedaron al practicarse la operación, la cápsula ó ambos elementos á la vez.

En las cataratas secundarias del grupo no inflamatorio utiliza la discisión simple ó combinada, y en los casos en que la cápsula es muy resistente, que no cede á las agujas de discisión, se practica la extracción total ó parcial de la catarata.

Para las cataratas del segundo grupo, ó sean las acompañadas de exudado inflamatorio, emplea la discisión simple si el exudado es poco resistente, pero en la mayor parte de los casos cree preferible la iridectomía, operación que, en opinión del Dr. Santa Cruz, puede sustituir á la corelesis, irido-encleisis, irido-clesis é iridodiálisis.

La *congestion papilo-retiniana* y el *aumento de tensión* constituyen el objeto del cuarto capítulo del folleto que reseñamos.

La congestión papilo-retiniana la diagnostíca al oftalmoscopio por el color sonrosado de la papila, el aumento de volumen de los troncos arteriales retiniano y la tortuosidad de algunos en los casos más intensos. Desde el punto de vista subjetivo, los enfermos acusan dolor en la frente y sien, que aumenta con el trabajo, y una niebla que rodea los objetos, y que les molesta mucho. La agudeza visual disminuye hasta un décimo. La refracción del ojo atacado de congestión papilo-retiniana se modifica en razón á la prominencia que adquiere la papila, por lo cual el emmétrope se hace hipermétrope, el hipermétrope aumenta su hipermetropía y el miope disminuye su vicio de refracción.

El *aumento de tensión* le caracteriza el Dr. Santa Cruz por la tortuosidad de los vasos de la retina acompañado de los caracteres que acompañan á la congestión papilar y la disminución de agudeza visual, que oscila entre $^1/_2$, y la posibilidad de distinguir dedos á tres ó cuatro metros de distancia.

Considera que el *aumento de tensión* es una modalidad de la circulación no descrita hasta ahora, siendo como el eslabón de una cade-

na que, empezando por la congestión, sigue el aumento de tensión y termina en el glaucoma.

En el mismo capítulo se ocupa del tratamiento quirúrgico del glaucoma. Considera la iridectomía como la operación preferible para curar aquella enfermedad, diciendo que en el glaucoma agudo la iridectomía es *eficacísima*, en el subagudo *eficaz* y en el crónico *poco eficaz*.

El quinto capítulo trata de la triquiasis y distiquiasis. Respecto á esta afección, describe un método ideado por el Dr. Santa Cruz, que consiste esencialmente en la excisión parcial del borde ciliar, de modo que se separen las pestañas desviadas, dejando en su lugar las que se encuentren bien dirigidas.

Igualmente trata dicho capítulo del queratocono, la queratitis ulcerosa, los estafilomas totales, las enucleaciones, el estrabismo, el pterigón, el entropión, el ectropión, la cantoplastia y el ptosis.

El sexto capítulo se refiere á los tumores oculares y orbitarios, describiéndose algunos casos clínicos de sarcoma de la órbita y de sarcoma melánico de la coroides.

De la dacrioblenorrea, dacriocistitis y demás afecciones de las vías lagrimales, se ocupa el Dr. Castresana en el séptimo capítulo de su folleto. Expone los resultados obtenidos del empleo del formol, según el método de Amblard, deduciendo de la experiencia adquirida en 40 enfermos de dacriocistitis, que si bien aquel medicamento es un buen antiséptico, no modifica la mucosa de las vías lagrimales en el sentido que indican sus preconizadores.

También se ocupa en este capítulo del tratamiento de las fístulas lagrimales y de las dacriocistitis rebeldes á las inyecciones antisépticas, las cuales trata por el método de la destrucción del saco lagrimal. A diferencia de Nanoni, autor de este procedimiento en el siglo XVII emplea el nitrato ácido de mercurio para la destrucción de la mucosa del saco.

Por último, el capítulo octavo trata de estadísticas de las operaciones practicadas en cinco años, de 1894 al 1899.

Merecen grandes elogios el Dr. Santa Cruz por el inmenso trabajo realizado en su Instituto y el Dr. Castresana por haber dado á la publicidad las opiniones científicas y manera de verificar ciertas operaciones su reputado maestro.

II.

Es sumamente interesante el asunto tratado por el Dr. D. Rodolfo del Castillo en el folleto que ha publicado sobre el examen funcional del iris.

En las 19 páginas que contiene, se ocupa en primer lugar de la anatomía é histología del iris, estudiando las diversas opiniones sobre si existe ó no el músculo radiado del iris, inclinándose á admitir su existencia, sobre todo desde los trabajos de Gabriélide, quien reconoció como de naturaleza muscular la capa de Henle, que forma parte del mismo.

Estudia después la función del iris y su inervación, indispensable para que se verifiquen los movimientos de contracción y dilatación pupilar que le son característicos.

Describe el reflejo retino-pupilar tanto involuntario, cual es el que provoca la acción de la luz, como el voluntario ó dependiente de la acomodación y la convergencia. Expone los estudios de Bernheimer sobre la anatomía del arco peristáltico del reflejo pupilar realizados en cerebros de embriones humanos, en los tubérculos cuadrigéminos de monos y en secciones del quiasma y cintas ópticas de animales vivos.

Se ocupa después el Dr. Rodolfo del Castillo del examen del iris, tanto con la luz natural como la artificial, sirviéndose de una lente ó del espejo del oftalmoscopio. Describe la isocoria ó igualdad de las dos pupilas y la anisoria, ó sea la desigualdad de las mismas, tanto midriásicas como mióticas.

Describe el síntoma de Argyll-Robertson y la manera de encontrarle, el síntoma de Wernicke, que se observa en la hemianopsia, el de Knies, Haad y Parrot.

Expone los métodos para determinar el diámetro pupilar, sirviéndose, ya de los pupilómetros, ya de la simple escala pupilométrica, ya en fin del método gráfico de Bellarminow.

Por último, estudia la midriasis y la miosis, determinando las causas de ellas, tanto en estado fisiológico como en el patológico. Las anisocorias patológicas las divide, como Henry, en orgánicas y funcionales, subdividiendo á su vez las primeras en intra-oculares, intra-orbitarias, intra-craneanas, intra-raquidianas, extra-craneanas y extra-raquidianas.

Como se ve, los puntos tratados por el Dr. Rodolfo del Castillo en

su pequeño folleto, son de gran inrerés, y deben ser conocidos no sólo por los oftalmólogos, sino también por los dedicados al estudio de las enfermedades del sistema nervioso.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 12 *de Mayo de* 1900.

Dos casos de gastro-enterostomía fistulada.—El Dr. San Martín: Trátase, en el primer caso, de una joven que padecía una úlcera simple del estómago, con frecuentes dolores y hematemesis, y en el segundo, de una señora de unos treinta y tantos años, con un tumor epigástrico, al parecer adherido á las paredes abdominales y todos los caracteres de un carcinoma. Hice en ambos casos una gastro-enterostomía retrocólica anterior, que yo llamo fistulada, porque consiste en la gastro-enterostomía ordinaria con el aditamento de la gastrostomía por el método de Witzel, autor que ha dado á esta intervención el nombre de gastro entero-anastomosis externa. En el primer caso, no aseguré la sonda en el interior del yeyuno ó del estómago á beneficio de una ó varias suturas de catgut fuerte, porque no me gustaba esta sujeción que obligaba á respetar la sonda durante todo el tiempo que durase la resistencia del hilo. A consecuencia de esto, la enferma tuvo síntomas graves á los pocos días de la operación porque la sonda retrocedió al estómago en vez de estar en el yeyuno. Curó del accidente y no ha vuelto á tener más dolor ni otras hematemesis. En el segundo caso, á pesar de las malas condiciones en que se hizo la operación, seguí todos los preceptos de Witzel, incluso el de fijar la sonda, y creo que, merced al aditamento que esta fístula representa á la gastro-enterostomía, se ha salvado esta enferma. Hoy por hoy, creo que la gastro-enterostomía es el remedio radical contra la úlcera del estómago. Sin embargo, tal vez operaciones más sencillas darán los mismos resultados más adelante. Las ventajas que yo encuentro en la gastrostomía combinada con la gastro-enterostomía, son las siguientes: permite nutrir inmediatamente á los operados, deja en reposo absoluto al estómago, favorece la cicatrización de las anastomosis gastro-intestinal y duodeno-yeyunal y deja una gastropexia probablemente provechosa para evitar cambios ulteriores de posición en el estómago y las oclusiones intestinales en el ojal del mesocolon. También habla en favor de esta operación, el que Czerny haga la gastro-enterostomía con el botón de Murphi. A pesar de las ventajas que encuentro en este nuevo procedimiento, no aseguraría que los dos casos que he presentado, sobre todo el primero, no se hubieran curado perfectamente con la gastro-enterostomía simple.

El Dr. Ribera: El procedimiento de Witzel que ha seguido el Dr. San Martín, significa poca confianza en la sutura. Además, este aditamento á la gastro-enterostomía no permite alimentar antes á los enfermos, que en el caso de hacer una simple gastro-enterostomía. Creo que el peligro de muerte por inanición no existe, siempre que la sutura esté bien hecha, hasta el punto que Roux da de comer á los operados el mismo día de la intervención. La posibilidad de oclusión intestinal por la abertura que se hace en el mesocolon, es un dato puramente teórico y la prueba está en que el procedimiento de elección admitido por todos, es el de la gastro-enterostomía posterior de Roux.

En resumen: entiendo que la modificación de añadir una fístula á la gastro-enterostomía, es completamente inútil en el sentido de que no llena indicación alguna.

El Dr. San Martín: El aditamento de la fístula á la gastro-enterostomía, no obedece al miedo á la sutura, sino al hecho de que todavía mueren operados de gastro enterostomía por inanición; no niego la posibilidad de que con el procedimiento de Roux, al cual he agregado la gastrostomía, se pueda realizar más fácilmente la circulación de las materias alimenticias, pero tampoco se puede negar la posibilidad de lo contrario. He calificado dicho aditamento como operación cautelosa, porque no en todos los casos es necesaria, y tal vez en aquellos en que yo vea que los tejidos son muy sanos, muy tensos y muy fuertes, no haré la fístula aunque estoy muy inclinado á ello. La fístula de Witzel, aparte del objeto inmediato de garantir la alimentación del operado, ofrece ventajas ulteriores, respecto á las cuales nos faltan los datos estadísticos necesarios para formar un juicio definitivo. La sonda puede compararse con el botón de Murphi, porque es una garantía de facilidad, seguridad y certeza de la cicatrización. Dudo que el segundo enfermo hubiese curado sin la fístula; precisamente él me ha enseñado que dicha fístula se puede hacer hasta en los estómagos de menos flexibilidad. Por fin, el ojal del mesocolon que no preocupa al Dr. Ribera, preocupa extraordinariamente á los cirujanos, muchos de los cuales se están volviendo partidarios de la gastro-enterostomía antecólica, temiendo precisamente al ojal mencionado. — Codina Castellví.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 27 de Abril de 1900.

Fractura fronto-parietal derecha con hundimiento de las dos láminas. Craniectomía. Curación. — El Dr. Barragán, después de presentar al enfermo para su examen, relata los hechos siguientes: El 30 de noviembre ingresó en el Hospital de la Princesa, Teolindo González, de treinta y ocho años, con una herida contusa de 8 centímetros, en la región fronto-parietal, producida por una pedrada. Al recibir el golpe, sólo sufrió un ligero desvanecimiento seguido de una abundante hemorragia, síntomas que cedieron, el primero á los pocos instantes, y el segundo después de practicada la cura

en la Casa de Socorro. En los primeros días de su estancia en la Clínica, la herida y el enfermo marcharon bien, sólo se quejaba de cefalalgia, aunque no muy intensa, llamando la atención del Dr. Barragán que obligó á esplorar minuciosamente la herida, encontrándose con una fractura de la lámina externa, de forma perfectamente circular, con hundimiento considerable y de un diámetro aproximadamente de 5 centímetros. La intervención se imponía, mucho más teniendo presente que en los traumatismos de la bóveda craneal, cuando hay fractura de la lámina externa, seguramente por lo menos había de existir hundimiento de la interna. A los diez días de su ingreso en la Clínica, fué operado en la forma siguiente: Levantados los tejidos blandos, con la fresa de Doyen perforó en distintos puntos la lámina externa hasta el diploe; perforaciones que fueron hechas más allá del área de la circunferencia representada por la fractura. Levantada la lámina externa, se encontró con una fractura de la interna, de tal suerte, que el fragmento estaba libre y hundido en la cavidad craneana, pero de tal forma, que con lo hecho no fué bastante para su extracción; siendo así, que semejaba un cono cuyo vértice del lado del diploe, sería de un centímetro y cuya base en contacto con las meninges no bajaría de dos.

En estas condiciones, lo más sencillo hubiera sido profundizar las coronas del trépano hasta comprender todo el espesor y levantar, después de hecho esto, el trozo así limitado, pero le pareció preferible á fin de no producir una pérdida ósea tan considerable, liberarlo aumentando la circunferencia inferior con el escoplo y la pinza saca-bocados de Doyen. Visadas las meninges, notó sólo la falta del pulso meníngeo y algo hiperemiadas; suavizados los bordes óseos, suturó lo que pudo y colocó el correspondiente apósito.

El curso post-operatorio debió transcurrir sin trastorno alguno, pero vino á perturbarlo una erisipela que puso en peligro su vida, no por los fenómenos cerebrales, sino por su extensión y la hipertermia anejas á esta infección. Por último, venció este peligro y salió con alta el 28 de enero. Expuesto el caso, dice que ha visto y tratado muchos enfermos de herida de cabeza con y sin fractura y siempre ha podido observar que aunque es corriente en todas ellas el insulto cerebral en los golpes violentos con heridas de las partes blandas, y los trastornos sensitivos y motrices en las fracturas con hundimiento, sin embargo, registra su experiencia personal algunos casos además de éste, con ausencia de fenómenos que revelaran la fractura.

Dice, que los hechos de fisiología experimental y las localizaciones cerebrales prueban que las compresiones, excitaciones y roces de los lóbulos anteriores, en sus circunvoluciones también anteriores, nada producen en el orden sensitivo ni excito-motriz, y refiere, por último, dos casos de enfermos muertos por no trepanar, uno por arma de fuego y otro por un bastonazo, á fin de encarecer la necesidad que tenemos de explorar las heridas del cráneo por insignificantes que sean, á pesar de ser negativos los fenómenos *psíquicos y excito-motrices del enfermo lesionado.*

Hidrocele doble, operado el izquierdo por resección total de la vaginal y el derecho por el procedimiento de Doyen. Curación.—El Dr. Barragán presenta otro enfermo de sesenta años, operado de hidrocele doble, exponiendo los datos siguientes: Que hacía quince años comenzó el aumento de volumen del

escroto sin causa conocida, que fué indolente y que hasta el presente nada le impidió dedicarse á sus faenas del campo. Que á su ingreso en el Hospital el 1.° de abril, llevaba el escroto de tal modo abultado, que no se percibía ni rudimentos del pene, tan considerable era la distensión, que el diámetro vertical del escroto era de 20 centímetros. El 9 del corriente practicó la operación. Incindido ampliamente el escroto con la vaginal izquierda, encontró ésta tan excesivamente hipertrofiada, que le obligó á resecarle totalmente, apreciando en ésta un quiste del volumen de un huevo de gallina, lleno de una materia semisólida amarillenta; quiste de la vaginal que muy posible pudo ser la causa del hidrocele. Suturado el escroto, procedió á operar el derecho por el procedimiento de Doyen, de inversión de la vaginal. Dice que en el curso post-operatorio nada observó en el derecho, se cicatrizó por primera intención; pero el testículo izquierdo se inflamó enormemente á los tres días de operado, pero sin supuración, disminuyendo después para terminar por la curación. Concluye manifestando que el caso tiene interés por ser doble y por haber empleado los dos procedimientos de Bergmann y de Doyen, que ordinariamente para tratar estos enfermos da la preferencia al método de la punción seguida de la inyección iodada, método que en la mayoría de los casos da resultados positivos en hidroceles recientes y de poco volumen, y cuando como el presente se ve obligado á intervenir de un modo cruento como en este caso, le parece de más éxitos el de Bergmann y Doyen que el de Volkmann y Juliant sobre el de Doyen, por su rapidez.

PERIÓDICOS

Embarazo de gemelos. Hidramnios, parto provocado. Curación. — El doctor D. Enrique Tello publica en la *Revista Médica de Sevilla*, el caso referente á M. del V. B., que suponía estar embarazada desde el mes de marzo y dijo ser viuda, de cuarenta y cuatro años, menstruada á los once de una manera normal y abundante, suspendiéndose esta función únicamente en los ocho embarazos que ha tenido, llegando seis á término sin trastorno alguno ni en ellos ni en los partos y puerperios, excepto en el alumbramiento del segundo hijo, que fué seguido, por la descripción que hace, de un ataque eclámpsico; en los otros dos embarazos se interrumpió la marcha por golpes sufridos sobre el vientre, sin que después de los partos y abortos sintiera malestar alguno ni se resintiese del pecho, punto de menor resistencia sin duda en esta mujer de buena constitución, por haber sufrido una pulmonía.

Reconocida, pudo notarse que su vientre relativamente blando y algo exagerado de volumen, justificaba este último dato por la presencia de dos fetos en presentación de tronco y perfectamente superpuestos. Los dorsos miraban hacia delante y las cabezas teníanlas: el inferior á la derecha y el superior á la izquierda; eran movibles pero no de un modo extraordinario,

de volumen proporcionado al tiempo de embarazo y claramente perceptibles los sonidos cardíacos.

Este bienestar duró poco, pues á los quince días comenzó el vientre á aumentar de un modo notable, poniéndose tensas sus paredes dificultando la palpación abdominal, siendo menos perceptibles los ruidos cardíacos de los fetos que en las primeras exploraciones, pero siempre lo bastante para poder asegurar su vitalidad; se hicieron más movibles, aunque no cambiaron de una manera ostensible su presentación y, por lo que luego se vió al nacer, comparados con el volumen apreciado en el primer reconocimiento, su desarrollo en este período no fué grande. A la vez que el vientre crecía, empezó á quejarse la embarazada de trastornos digestivos, sobresaliendo los vómitos cada vez más pertinaces; los dolores que la distensión de las paredes del abdomen trae consigo se extendieron por todo el vientre, más acentuados en las ingles, borde inferior de las costillas falsas y región lumbar, aunque en este punto existiera como incremento en sus molestias, la incurvación exagerada que tenía que dar á la columna vertebral para poder guardar el equilibrio dado el peso con que su útero grávido la solicitaba hacia adelante. Las orinas eran escasas, sedimentosas, sin albúmina, expulsadas en corta cantidad, pero con frecuencia.

Las extremidades inferiores, así como los órganos genitales externos, estaban edematosos, exagerando, como se pudo apreciar por el tacto vaginal, la convexidad que forma el segmento inferior de la matriz é imposibilitando el peloteo por dicha parte; verdad es que en este caso se unía á la gran distensión del útero la presentación de tronco del feto más próximo. El cuello estaba borrado, con alguna dilatación, muy arriba y atrás y con bordes algo gruesos. Los pulmones, así como el corazón, comprimidos por la elevación del diafragma, causaron trastornos circulatorios y respiratorios, pudiéndose apreciar estados congestivos en aquéllos, principalmente en los planos posteriores, que hicieron presentarse, no esputos hemoptóicos, sino más bien pequeñas hemoptisis, frecuencia é irregularidad en el pulso, disnea que la impidió en los últimos días el poder acostarse, teniendo que estar sentada haciendo esfuerzos por respirar, con sueño y la angustia consiguiente que la impedía el descanso.

El tiempo que transcurrió desde el comienzo del padecimiento hasta provocar el parto no fué de mera expectación, pues estuvo sujeta á la dieta de leche, alcalinos, diuréticos, derivativos al tubo intestinal y tónicos cardíacos, y ante la inutilidad de estos agentes, se decidió á la provocación del parto. Como el caso no era de la gravedad inminente de una inserción de placenta en el cuello, ó una eclampsia en que los accesos se han repetido en gran número, eligió el Dr. Tello procedimientos suaves para simular en lo posible el parto natural.

Hecha la desinfección, elegidas como medio de provocación las duchas vaginales y puesto el cuello al descubierto por medio de un espéculum, se hizo la primera con agua á 40° y con una mediana presión; y, en honor de la verdad dice el Dr. Tello en el número ya algo regular de veces que las ha empleado, no ha visto sobrevenir por este procedimiento ni la perforación de los fondos de saco vaginales, ni la entrada del aire en las venas, como dicen haber observado Pinard y Baudry. Estas duchas se repitieron cada

tres horas hasta el día siguiente en que el cuello, reblandecido y en condiciones de dilatabilidad, siguiendo el procedimiento de Krause, se introdujo la sonda flexible entre las membranas y el huevo, siendo algún tanto difícil la operación por la gran anteversión uterina que tenía colocado el cuello muy arriba y atrás, consiguiendo con este estímulo que los dolores se presentasen al medio día; el cuello agrandó su dilatación, y la bolsa se hizo prominente, en cuyo momento fué rota.

En el momento antes de romper la bolsa, el feto se encontraba en presentación de vértice, pero en otra nueva exploración lo encontró situado en S. I. D. A. ¿Fué el segundo feto que desalojó al hermano y se presentó de nalgas? No es de suponer, porque para ello había necesidad de que hubiera sido desalojado, no sólo el feto sino el huevo entero, pues la segunda bolsa se encontró intacta y el feto superior estaba en la misma situación transversal que tenía. ¿Dió el feto una voltereta? esto es más factible; ¿hubo error de diagnóstico? también es fácil, pues aunque perito el alumno observador, dada la expresada anteversión uterina y la presentación de la criatura, pudo ser tomada la cara posterior del sacro por el vértice, cosa al parecer muy difícil y que realmente es muy fácil.

Viendo que el cuello estaba dilatado, que el tiempo pasaba y que á pesar de las contracciones uterinas el feto no descendía, debido á la anteversión que le dificultaba su entrada en la excavación y hacía perder contra el sacro mucha de la fuerza impulsora, procedió á la extracción, intentando en vano con el dedo en forma de gancho sobre la ingle de la criatura hacerle descender, teniendo que ir á buscar un pié y después el otro, en el intervalo de las contracciones. Con ambas extremidades fuera, las tracciones se hicieron fáciles, hasta que los hombros llegaron al estrecho superior donde quedaron los brazos elevados, por más que aquellas se efectuaron durante el dolor, teniendo necesidad de bajarlos, primero el izquierdo, para lo cual situado el diámetro bis-acrominal en relación con el oblícuo izquierdo de la madre, pasó la mano izquierda por el dorso de la criatura, hasta deslizar los dedos por el hombro izquierdo y llevándolos hacia el brazo correspondiente obligarlo á que deslizándose por el plano esternal viniese á la excavación; extraído el brazo izquierdo, hizo girar el feto de modo que mirando su dorso hacia adelante, el diámetro bis-acromial, coincidiera con el diámetro oblícuo derecho de la madre, y entonces con la mano derecha introducida por encima del dorso de la criatura, practicó igual manipulación que en el lado izquierdo. Fuera ambos brazos, á fin de abreviar el tiempo de estancia de la cabeza en la excavación para que la prolongada compresión del cordón no produjera la asfixia, colocó el dorso directamente hacia arriba y acabalgado el feto sobre su antebrazo derecho, con la mano correspondiente lo enganchó por el mentón, á la vez que con la izquierda empujaba el occipucio, consiguiendo extraerlo con vida. Siguió á esto un largo rato de completa tranquilidad, sin hemorragia, con bienestar de la parturienta, vientre más flojo, permitiendo hacer con mayor facilidad la palpación abdominal, por la cual observó que el segundo feto conservaba la posición primeramente diagnosticada; pero lo más notable fué, que al poner la mano sobre el vientre, sin hacer sobre él presión alguna, sin contracciones, vimos cumplirse las leyes de acomodación de Aubard.

Efectuado este fenómeno empezó á salir sangre, retrayéndose algo la matriz, y rompió la segunda bolsa amniótica con algún esfuerzo por ser de gran resistencia, previa sujeción y empuje hacia abajo del fondo uterino. A consecuencia de esta maniobra, la cabeza fué desalojada y el feto volvió á ocupar su primitiva posición acromio-ilíaca izquierda del hombro derecho, y para demostrar que en las versiones lo principal es hacer el diagnóstico de la presentación y posición, para que los movimientos de extracción se hagan sobre el plano esternal de la criatura, y que la elección de la mano es accidental á condición de cambiar de postura á la parturienta para variar las relaciones con el operador, hizo aquélla con la mano izquierda, procurando que el dorso de la criatura no abandonase el plano anterior del abdomen; desde este momenro en adelante, las manipulaciones fueron parecidas á las efectuadas con el primer feto, y como éste, nació con vida. Poco después salió la placenta, única para los dos fetos, sin apreciarse en ella, por lo menos á simple vista, alteración alguna, lo mismo que en el cordón.

¿Qué causa provocó este hidramnios? Lo único que en este caso podía considerarse como provocador era el número de fetos ó el desarrollo imperfecto de ellos, pues á los dos, hembra y varón, les faltaba la úvula y la primera á más tenía incompleta la unión de la bóveda palatina y labio leporino, siendo tanto el uno como la otra de pequeño volumen.

En el puerperio, durante los tres primeros días marchó perfectamente, pero en el cuarto se presentaron por la mañana escalofríos, sudores abundantes, delirio, disminución de los loquios y el termómetro marcó 38 grados y 6 décimas, para desaparecer ó mejor dicho disminuir los síntomas por la tarde, y volverse á renovar la escena al siguiente día, siéndole entonces prescrita la quinina al interior y la desinfección del útero con las inyecciones intra-uterinas antisépticas, empezando el alivio á seguida y no volviendo alcanzar el termómetro temperatura tan elevada como en los días anteriores. Fué está fiebre debida á la retención de los loquios en el interior del útero, que habiendo quedado muy grande y pesado, y algo inclinado hacia adelante, hizo que su cuello se adaptase contra la cara posterior de la vagina y los líquidos en él contenidos no pudiesen salir, probándolo así el color del agua de los primeros lavados, que salía con un olor desagradable y cual si viniera mezclada con pus.

Los edemas, trastornos respiratorios y circulatorios, fueron disminuyendo conforme los días del puerperio iban pasando, siendo las molestias más duraderas las correspondientes á la región lumbar, y aunque sin desaparecer, pero casi bien y llevando ya quince días sin fiebre fué dada de alta.

Absceso cerebral de origen traumático. Evacuación espontánea por la caja del tímpano. Curación.—D. Antonio Rabassa Roig, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, el caso clínico recaido en la enferma Tomasa N., de cuarenta y ocho años, natural de Zaragoza y vecina de Palma, de oficio lavandera, casada, madre de seis hijos, habiendo sido todos los partos normales; á los quince años empezó á menstruar, no hay antecedentes sifilíticos.

No recuerda haber padecido más enfermedades que una otitis purulenta

crónica del oído derecho á la edad de doce años, supurándole unos dos años; pero desde aquella fecha no ha vuelto á padecer de dicho órgano, dejándole, sin embargo, como resto de su lesión, algo reducida la agudeza auditiva.

Hacía unos dos meses, fué apaleada, recibiendo una fuerte contusión en el lado derecho de la cabeza, soberbio golpe que, según manifestación de la paciente, la hizo caer aturdida, desvanecida, no dejando más huellas en las partes blandas que una abolladura ó trombus, que se reabsorbió á los pocos días, habiendo transcurrido este tiempo sin ningún trastorno visible ni molestia de ningún género. Al reconocerla estaba en la cama tomando posturas y posiciones variadas, con ambas manos en la cabeza, inquietud, exaltación, acusando un dolor vivísimo en el lado derecho de la cabeza, en la región temporo parietal; temperatura 39°,7, pulso filiforme y lento, nauseas; los más leves ruidos, levantar algo la voz, la molestaba exarcerbando el dolor.

Tres horas antes de la primera observación tuvo un escalofrío de bastante duración, acompañado de los síntomas anteriormente descritos. Le prescribió 3 gramos de antipirina y 1 de cafeína, para cuatro sellos, uno cada dos horas, quietud, agua carbónica y como alimentación, dieta láctea.

El día siguiente la enferma seguía con los mismos síntomas: exaltación é inquietud, náuseas y vómitos secos, mayor intensidad en el dolor; no hubo escalofríos, temperatura 39. Le prescribió una poción con hidrato de cloral y exalgina; alimentación, caldos y leche.

A los tres días sigue en el mismo estado, y después de un minucioso y detallado reconocimiento de la enferma y examen otoscópico del oído del lado derecho, dedujo el Dr. Roig que habían quedado lesiones anatomo-patológicas de su primitiva enfermedad, la otorrea, pudiéndose comprobar en el acto del reconocimiento la perforación del tímpano é hiperplasia de la mucosa de la caja, que justifican de una manera evidente la otitis media producida. No había supuración de ninguna clase.

Se trataba de un absceso cerebral (probable de la fosa cerebral media de dicho lado) de origen traumático, y que el tratamiento único racional era la intervención quirúrgica, la trepanación, poniéndoles de manifiesto al propio tiempo, así los graves inconvenientes, como las ventajas de dicho procedimiento, y que de no verificar dicha operación, era casi seguro un desenlace funesto en breve plazo. La familia se opuso á dicha intervención.

Pasaron días y más días con igual ó parecido síndrome, transcurriendo así unos dos meses, durante cuyo intervalo de tiempo, lo tuve para apurar todo el repertorio terapéutico que en tales casos se requiere: compresas frías, vejigas de hielo *loco dolenti*, derivativos intestinales, mercuriales, inyecciones desinfectantes y calmantes del oído del mismo lado, etc., etc.

A los dos meses, poco más ó menos, la paciente se puso comatosa, aletargada, tardía en contestar; la cefalalgia continuaba, expresión atontada, menos elevación térmica (38°, á 35°,5), movimientos oscilatorios y temblorosos de los labios, paresia marcadísima de la extremidad superior izquierda, la fuerza muscular de la mano del mismo lado notablemente disminuída, había necesidad de sacudirla para que contestase, incontinencia de orina; para alimentarla, costaba un triunfo hacerle deglutir algunas cucharadas de leche. Este período comatoso duró unos veinte días; en fin, todo hacía presagiar un próximo funesto desenlace.

Un día de estos le manifestó la familia que por el conducto auditivo externo del lado derecho manaba bastante cantidad de pus, de color amarillo verdoso claro, dejando las huellas marcadas en las fundas de la almohada, por extensas manchas.

Prescribió un extenso lavado de una solución bórica templada, y otra de una solución de sublimado muy diluída, al 1 por 4000, también templada, la alimentación láctea, y la kola granulada.

El día siguiente le pareció ver á la enferma algo más aliviada, disminuído algo el dolor; había dormido un par de horas con tranquilidad. Sigue el mismo tratamiento local, y se refuerza algo más la alimentación.

Siguieron algunos días y la supuración fué disminuyendo al par que iban disipándose los demás síntomas de una manera gradual y paulatina, y á mediados de diciembre no salía pus de ninguna clase. Después de una convalecencia bastante larga, se puso bien, no quedando más rastro en los primeros meses que zumbidos de oídos que la molestaban mucho, disipándose también éstos al poco tiempo, gozando á la fecha de buena salud.

La excepcional terminación de este proceso morboso, por evacuación del absceso purulento por la caja del tímpano y conducto auditivo externo, le sugiere las consideraciones clínicas siguientes.

¿Fué la causa el traumatismo recibido dos meses antes de la visita, sin manifestaciones de ninguna clase en este espacio de tiempo, ó la otorrea padecida á la edad de doce años?

El único factor de los abscesos cerebrales, es la infección, y quedando sólo como causa origen de esta infección el traumatismo sufrido dos meses antes de la primera visita, si bien dicho traumatismo no dejó más huella en las partes blandas que una pequeña abolladura ó trombus, que se reabsorbió á los pocos días, en cambio podían haberse resentido (ó fracturado) las paredes del oído medio, por contragolpe, por hallarse á cierta distancia del punto que sufrió directamente el choque ó contusión, y por ser el punto menos resistente á causa de haber padecido una otitis media supurada, quedando este órgano con lesiones propias de dicha afección: perforación del tímpano, hiperplasia de la mucosa de la caja, y quizás otras que podían haber pasado desapercibidas. Estas lesiones pudieron muy bien ser la puerta de entrada en dicho organismo de las bacterias piógenas (*staphilococus pyogenus aureus*) que tanto abundan en el medio ambiente y son causa constante de las supuraciones de origen traumático, y siendo la evolución de dicho proceso tardía, el período de incubación largo, el dolor fijo y constante en el punto lesionado. Por todo lo expuesto, deduce que el traumatismo sufrido fué la base ó punto de partida de dicha afección. ¿Dónde radicaba el absceso?

Siendo el cerebro, bajo el aspecto fisiológico, una suma de unidades, que están enlazadas entre-sí y por las relaciones más íntimas, basta que una pequeña parte esté lesionada, para que esté alterado el concepto de sus funciones; así, pues, cualquiera que sea el punto lesionado, hay dos órdenes de fenómenos, unos locales que están en relación con las funciones de la parte alterada, y fenómenos difusos indicando los desórdenes de todo el encéfalo.

Los fenómenos difusos, en esta enferma, fueron la exaltación, la relajación muscular, la soñolencia, el atontamiento, relajación de esfinter, etcéte-

ra, etc.; los locales, el punto doloroso, la paresia del brazo derecho con la falta de fuerza muscular en la mano del mismo lado; de lo cual deduce que radicaba dicho absceso en el lóbulo temporal del lado derecho.

¿Por qué terminó de una manera tan excepcional, saliendo el pus por la caja del tímpano y conducto auditivo externo?

Las lesiones anatomo-patológicas producidas por la otitis media purulenta, padecida por esta enferma: perforación timpánica, alteraciones de la mucosa de la caja y lesiones que pudo haber más graves (al recibir la contusión), interesando el esqueleto ó la lámina interna del temporal en su porción escamosa, y dadas las relaciones anatómicas de la caja, por arriba con el compartimento medio de la base del cráneo, por abajo con el golfo de la yugular, por detrás con el seno lateral, por dentro con el laberinto, y por fuera con las células mastoides, explican suficientemente las lesiones anatómicas muy graves que pueden observarse, y la posibilidad de la terminación excepcional de dicho proceso. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 10 *de Julio de* 1900.

Nuevas investigaciones sobre el piramidón.—Los Dres. A. ROBIN y BARDET: El estudio del piramidón ó diametilamido-antipirina es interesantísimo, porque permite seguir las transformaciones farmacodinámicas que las modificaciones químicas han hecho sufrir á una substancia.

Este compuesto es un derivado amido y fenilado de la antipirina: reproduce, pero de una manera exaltada las propiedades del cuerpo de donde deriva: obra como analgésico y antipirético á dosis próximamente menores que la antipirina.

Posee la propiedad particular de excitar los cambios orgánicos, y desde este punto de vista tiene una superioridad grandísima sobre la antipirina en el tratamiento de las enfermedades infecciosas.

En la diabetes simple, debida á la exaltación de los cambios nutritivos, el piramidón produce efectos funestos porque aumenta la cantidad de azúcar: la antipirina, por el contrario, figura en primer término en el tratamiento de la diabetes. Esta diferencia en los efectos de ambos medicamentos de apariencia y de origen tan idéntica, es quizá una de las cosas más notables de su comparación.

En el reumatismo muscular, el piramidón ejerce una acción analgésica notabilísima, y desde este punto de vista es superior á la antipirina. En las

neuralgias, sus efectos analgésicos son también enérgicos y superiores á los de la antipirina.

Cistitis falsas en la mujer, sintomáticas de las lesiones renales.—El Dr. A. Guépin: Desde la tisis de Grandcourt (1895), los numerosos trabajos que se han publicado sobre este asunto, deberían haber vulgarizado el conocimiento de esta afección. Sin embargo, es al parecer necesario recordar que en la mujer en particular, el riñón enfermo reacciona sobre la vejiga y produce la triada sintomática que se consideraba antes sin fundamento como patognomónica de la inflamación vesical (dolor al orinar, frecuencia de la micción, pus en la orina).

Las falsas cistitis sólo ceden cuando se suprime su causa y la terapéutica intravesical suele exacerbarlas. Se comprende, por lo tanto, la importancia de su diagnóstico exacto. Cuando hay lesiones renales, aun ligeras é indolentes (ley de Reliquet), la falsa cistitis es la regla y la única que debe llamar la atención.

Tratamiento de los aneurismas por las inyecciones subcutáneas de disoluciones de gelatina.—El Dr. Lancereaux, en nombre del Dr. Jonnesco y en el suyo, recordó ante todo los buenos resultados que ha obtenido en diversos casos de aneurismas sacciformes por medio de las inyecciones subcutáneas de la disolución de gelatina.

Recordó el caso de un enfermo con aneurisma voluminoso del cayado de la aorta que había corrido la parte superior del esternón y el de otros individuos que presentaron síntomas más ó menos graves debidos á su aneurisma. En todos bastaron unas cuantas inyecciones de la disolución de gelatina al 3 por 100 en suero artificial para disminuir de un modo notable los dolores y obtener la induración de la bolsa y hasta su reducción.

En ciertos casos es preciso repetir de cuando en cuando las inyecciones Kalindero, Frænkel y otros cirujanos, han obtenido buenos resultados con este método.

Presentó las piezas anatómicas de un enfermo que en el momento en que empezaron á hacerse las inyecciones de gelatina, tenía una bolsa á punto de romperse. La bolsa se encontró dura y llena en parte al hacer la autopsia de este individuo.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Julio de 1900.

De los quistes de las mamas. — El Dr. Reclus: Sin querer promover una discusión acerca de este asunto, me pregunto si es muy necesario recurrir á la ignipuntura de los quistes pequeños. He visto bastantes casos de esta enfermedad; antes los operaba, pero de año en año soy menos intervencionista, instruído por la experiencia que me ha demostrado que dichos quistes se quedan á menudo estacionarios. Podría citar más de un caso, y entre ellos el de una enferma en la que el origen de la enfermedad quística databa de ciento años.

El Dr. Quénu: Lo que he querido indicar no es una línea de conducta general, sino un modo de proceder para extirpar un quiste que deforma la mama, y al propio tiempo para obrar por medio del fuego sobre los pequeños quistes vecinos. Nunca he preconizado, excepto en algunos casos, la ablación de esas mamas quísticas, como lo prueban mis objeciones á las conclusiones emitidas en otro tiempo por Brissaud y Reclus.

El Dr. Delbet: Creo que la mayor parte de estos quistes son de origen inflamatório, y que es inútil extirparlos; de todos modos, hay excepciones á esta regla, y considero como indicaciones de la operación el desarrollo rápido de uno de estos quistes y el creciente volumen de un cierto número de pequeños quistes concomitantes.

El Dr. Tuffier: Aunque en general no se debe ser muy intervencionista, en estos casos hay motivos para hacer algunas reservas acerca de la degeneración cancerosa que puede observarse en estos casos.

El Dr. Walther: A las indicaciones enumeradas añadiré otra: que el dolor algunas veces es tan intenso que no se puede demorar la operación.

El Dr. Nélaton: Durante bastante tiempo me he abstenido de extirpar estos pequeños tumores. Pero en vista de que algunos quistes sufren alguna vez la degeneración cancerosa, creo que en algún caso debe discutirse la intervención.

El Dr. Quénu: Cuando no tengo ninguna duda acerca de la naturaleza de estos quistes, no opero; pero en el caso contrario hago una incisión exploradora, y según lo que observo, intervengo ó me abstengo. Por regla general, esta clase de enfermos deben vigilarse, pues es posible que alguna vez aparezca la degeneración epitelial.

El Dr. Reynier: Como la mayor parte de mis colegas, he sido durante algún tiempo, poco partidario de operar, pero he sido testigo de la transformación maligna uni y bilateral de un cierto número de estos quistes y aun de recidivas; por lo tanto, ahora creo que es preferible extirparlos cuanto antes.

El Dr. Segond: He observado dos casos capaces de sostener la una y la otra opinión.

El Dr. Reclus: En la mama todos los quistes no son de la misma naturaleza, y la confusión es posible; pero por lo que se refiere á la enfermedad quística en sí misma, no la he visto recidivar. En cuanto á la degeneración posible no la niego, pero tal vez el punto de partida de un cáncer que aparece después de muchos años, no se halle en el quiste.

De la asepsia operatoria. — El Dr. Lejars: La asepsia de las manos constituye la base de la práctica quirúrgica. Si algún día se me demuestra que vale más servirse de guantes, me serviré de ellos, pero actualmente sólo los empleo para las operaciones sépticas. Desde hace siete años que opero en diferentes hospitales, he obtenido resultados bastante satisfactorios, puesto que mi mortalidad ha oscilado siempre entre 4 y 5 por 100, aun contando los muertos sobrevenidos después de las operaciones de urgencia.

El Dr. Guinard: Es evidente que el punto principal es el de desinfectarse bien las manos, sean cuales fueran los líquidos que se empleen. Las manos pueden ser esterilizadas, lo cual no es una razón para no evitar cuanto sea posible el infectarlas. Tener las uñas bien cortadas, las manos bien enjabo-

nadas y lavadas, el campo operatorio bien limpio, no ser ayudado más que por una persona y mantener los instrumentos en un líquido antiséptico, son las principales condiciones necesarias para el éxito.

Nuevo procedimiento de extirpación de las hemorroides.— El Dr. Pothérat: Acerca de este asunto nos ha enviado una memoria el Dr. Dupray. El primer tiempo de este procedimiento no difiere del de Whitehead; antes y después de seccionar la mucosa, el Dr. Dupray dispone cuatro puntos de sutura cardinales y en seguida aplica ocho tubos pequeños de cautchuc, mantenidos por medio de hilos de seda alrededor de la herida y destinados á unir la mucosa á la piel.— Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 12 *de Junio de* 1900.

Infección bacilar tuberculosa en un niño. — El Dr. Barbier: Ingresó en mi Clínica un niño después de cuatro días de una enfermedad, cuyos síntomas principales fueron fiebre intensa, tos, opresión y cianosis. Murió á las doce horas de su ingreso. El interno de guardia diagnosticó bronco-pneumonía. El principio de los accidentes ulteriores fué precedido, durante tres semanas, de un período de depauperación creciente. Este dato, y las lesiones descubiertas en la autopsia, hicieron suponer que se trataba de la tifo-bacilosis de Landouzy. En el pulmón se encontraron lesiones de bronco-pneumonía diseminadas, insuficientes para explicar la muerte por asfixia pulmonar; no había la menor lesión tuberculosa apreciable en los pulmones ni en los ganglios del hilio.

El bazo estaba hipertrofiado y presentaba en su superficie un semillero de granulaciones finas del aspecto de la granulia. El hígado estaba degenerado y en su superficie había otro semillero análogo de granulaciones del aspecto de la tuberculosis embrionaria. Los anamnésticos no dieron resultados positivos. Los padres de este niño viven y son robustos; un enfermo murió en el marasmo después de una bronco-pneumonía sospechosa precedida de un período de depauperación; otro murió en condiciones que no han podido precisarse; un tercero falleció de consunción; los otros tres hermanos viven y disfrutan buena salud. El que es objeto de esta observación, no había presentado, antes de su enfermedad última, síntoma alguno de infección tuberculosa.

El Dr. Jollemer: Fué imposible aislar el bacilo de la tuberculosis en los órganos de este enfermo que se examinaron. De las inoculaciones intra-peritoneales hechas á los conejillos de Indias, sólo una dió resultados positivos; se formó una úlcera tuberculosa característica en el sitio de la inoculación. Las lesiones de bronco-pneumonía era imposible diferenciarlas de las que produce la bronco-pneumonía simple. Cuanto á las granulaciones esplénicas y hepáticas, estaban constituídas por una infiltración nuclear, difícil de interpretar en el sentido de la tuberculosis.

El Dr. Marfan: No admito la hipótesis de una intoxicación bacilar sin

lesiones tuberculosas caracterizadas. No hay bacilemia sin nódulos y granulaciones tuberculosas.

El Dr. Barbier: Creo que en este caso se trataba de la tifo-bacilosis de Landouzy.

El Dr. Comby: Limitándome á estudiar este asunto desde el punto de vista clínico exclusivo y fundándome en el resultado de mis observaciones personales, pongo en duda la tifo-bacilosis y creo que, si se admite, debe ser en casos excepcionales.—F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Parto provocado en una pelvis muy estrecha. — El Dr. Planchon: Se trata de una negra con estrechez pelviana; el diámetro promonto-pubiano mínimo medía 7'1 centímetros; las partes laterales eran anchas.

Esta mujer había tenido tres partos. El primero terminó por el nacimiento de una criatura muerta durante el trabajo. Versión por maniobras internas y aplicación del forceps, cabeza retenida, no á causa de la estrechez, sino de la procidencia del cordón. Peso de la criatura, 2700 gramos. En el segundo parto, de término, nació vivo un niño que pesaba 3200 gramos. Las dificultades de la extracción fueron debidas á una retracción del anillo de Bandl. El tercer parto, provocado el 30 de abril último, terminó espontáneamente por el nacimiento de una criatura viva, que pesaba 2070 gramos; la cabeza no se deformó.

Enfisema subcutáneo en una eclámpsica.— Los Dres. Bonnaire y Maury: La enferma ingresó en la Maternidad de Lariboisière en un estado eclámpsico de los más graves. Aunque esta mujer, embarazada de ocho meses, no presentaba síntoma alguno de parto, se procedió á la dilatación bimanual del cuello á causa de la lentitud de los ruídos cardíacos fetales. El parto terminó en hora y media por la aplicación del forceps, que permitió extraer en estado de muerte aparente una criatura que pesaba 1870 gramos. Reanimada, se introdujo en la incubadora, y en la actualidad se encuentra en buen estado. Cuanto á la madre, tuvo inmediatamente después del parto cuatro ataques subintrantes, durante los cuales debieron romperse algunas vesículas pulmonares, porque se formó al punto un enfisema subcutáneo típico de la cara anterior del cuello y de la parte superior del tórax. La enferma quedó dos días en estado comatoso profundo, pero hoy se encuentra completamente curada.

Presentación de una placenta atravesada de parte á parte por una sonda de Krause, sin hemorragia.— Los Dres. Bonnaire y Maury: Una mujer padecía estrechez raquítica de la pelvis, y se provocó el parto prematuro á los ocho meses y medio del embarazo. Se aplicó primero el separador Tarnier; pero como este instrumento era mal tolerado por la enferma, poco sufrida, se introdujo en el útero una candelilla voluminosa cilíndrica. La introducción fué fácil y no produjo hemorragia. A los cuatro días la mujer dió á luz

una criatura; la sonda fué expulsada á la vez que los anejos del feto. La placenta presentaba en su cara uterina y en la dirección de uno de sus diámetros, una corredera acentuada, en la que se había introducido la sonda después de desprender la torta placentaria á su paso. La falta de hemorragia se explicó por la disposición lagunar del seno circular en los sitios de entrada y de salida de la sonda en la placenta.

Gestación extra-uterina doble. Rotura sucesiva de las dos bolsas. — Los Dres. Boissard y E. Caudert: La enferma, de veintiocho años, había tenido tres abortos, é ingresó en el Hospital Tenon con el diagnóstico de aborto de dos meses y retención placentaria. Dos días después de su ingreso se presentó una serie de síntomas que permitieron diagnosticar un embarazo extra-uterino derecho roto. La hemorragia se enquistó, y no se juzgó conveniente intervenir. Pero quince días después, cuando la enferma se hallaba en un estado de salud relativamente bueno, se presentó de pronto un dolor abdominal agudo, con aumento inmediato de volumen del vientre. Se diagnosticó rotura de un quiste con hemorragia nueva é inundación peritoneal. La laparotomía permitió reconocer que existía á la derecha una trompa rota en su borde posterior, pero que estaba rodeada de adherencias antiguas y resistentes, sin el menor indicio de fisura. A la izquierda, coágulos numerosos de fecha reciente. La trompa izquierda presentaba una solución de continuidad en su pabellón. El exámen microscópico demostró que se trataba de una gestación extra-uterina tubo-peritoneal.

Operación de Porro por rotura uterina. — El Dr. Brindeau: Ingresó en el Hospital Lariboisière una mujer, que estaba de parto hacía ya varias horas. Era una multípara que había tenido 13 embarazos. A su ingreso se observó una presentación de nalgas con rotura prematura de las membranas. Las contracciones uterinas eran normales, y la dilatación se completó á las tres horas. La extracción del tronco se hizo con facilidad, pero costó gran trabajo desprender la cabeza, porque esta mujer tenía estrechez pelviana. Ví á la enferma cuatro horas después del parto. Se hallaba en estado gravísimo: la cara crispada, el pulso pequeño. Al reconocerla, encontré una rotura del segmento uterino inferior, que se elevaba bastante arriba. Abrí el abdomen inmediatamente, y ante la imposibilidad de suturar la desgarradura, por ser friable el tejido uterino, procedí á la amputación supra-vaginal del útero. Fijé el muñón en el ángulo inferior de la herida é hice el desagüe por la vagina y por el abdomen. Puerperio normal. El pedículo se desprendió á los catorce días.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Junio de 1900.

Tratamiento de los enfermos nerviosos en familia. — El Dr. Guanck: En lo que voy á exponer, sólo me refiero á aquellas afecciones nerviosas en que no se demuestra ninguna lesión anatómica ó sea orgánica del sistema nervioso. Hay enfermos que á pesar de que ya presentan los síntomas de un mal

de Basedow incipiente, todavía conservan sus aptitudes funcionales, y por lo tanto, pertenecen á la categoría de los enfermos nerviosos ; otros hay, en cambio, con un nervosismo pronunciado en los que se pueden dominar los síntomas y los enfermos quedan con aptitud para el trabajo.

Respecto al tratamiento en familia, importa mucho dilucidar por de pronto si hay enfermos que deben ser tratados de ese modo, contando en tal categoría, no los que se ven obligados á quedar en familia por causas de orden externo, sino aquellos en que, en general, no se puede seguir el tratamiento fuera de la familia. Así sucede con los que después de haber sido tratados infructuosamente en un establecimiento han perdido la confianza en este método. Al médico de la casa no le queda entonces otro camino que retener á tales enfermos en el seno de su familia. Generalmente se trata en estos casos de formas graves de nervosismo, pero el fracaso depende también muy á menudo de faltas cometidas en el tratamiento que se siguió en el establecimiento respectivo. En algunos enfermos, con una permanencia muy prolongada en el establecimiento mejoran, pero esta mejoría no pasa de cierto punto y entonces se emprende el tratamiento en familia con la esperanza de que así el sujeto ganará aún más terreno. Algunos enfermos no toleran ciertos ruídos de los Sanatorios ; en tal caso el tratamiento en familia, sobre todo, en el campo, da esperanzas de cierta mejoría. Además, hay sujetos que sienten una repugnancia invencible á permanecer en un Sanatorio, ya por idea preconcebida ó bien por un defecto en su educación: también en este caso es preferible el tratamiento en familia. En otros casos se agrava un síntoma en el establecimiento y no es posible retener en él por más tiempo al enfermo. Hay, por otra parte, sujetos que sufren mucho de nostalgia, la cual no se puede hacer desaparecer mediante el hipnotismo como algunos habían pretendido. También se tratarán en familia los nerviosos que sólo dispongan de muy poco tiempo para curarse. La cuestión de qué enfermedades se prestan para el tratamiento en familia y cuáles no, se resolverá según las particularidades de cada caso. Lo que más importa es saber en qué momento se debe interrumpir el tratamiento en familia ; tal interrupción es necesaria cuando el enfermo ya se ha hecho insoportable á los suyos ó cuando por otro motivo cualquiera ya no es posible continuar con el tratamiento en familia. Las circunstancias varían mucho según los casos.

Es de mucho interés resolver cuándo, en general, se debe comenzar el tratamiento en los «nerviosos». Nunca se puede emprender bastante á tiempo, sobre todo, si se sospecha una afección nerviosa en camino de desarrollo, cosa que en muchos casos es difícil de precisar, ya que esta clase de enfermos no vienen á caer en manos de los especialistas sino cuando un síntoma ha venido á hacerse más molesto y más penoso. Pudiera creerse que sería perjudicial emprender muy pronto el tratamiento, porque así se llama la atención al sujeto acerca de su enfermedad, y de este modo se le induce á preocuparse con ella. Rieger ha planteado el problema de si los enfermos nerviosos, deben, en general, ser tratados y si no sería preferible no hacer nada en estos casos. El planteamiento de este problema se funda en una mala inteligencia. El tratamiento negativo es también un tratamiento. Por lo menos se debe emprender lo más pronto posible la terapéutica psíquica,

que al menos reporta una utilidad indirecta. En estos casos, es necesario un contacto continuo con el médico, quedando por ahora sin resolver hasta qué punto se puede satisfacer esta exigencia en el tratamiento en familia. El enfermo debe ser visitado muy á menudo por el médico, á fin de que éste en cada visita se forme una idea completa del estado de su cliente, y con arreglo á ella, pueda dirigir de nuevo el plan terapéutico. Generalmente es desacertado tratar aparte los diferentes síntomas; todo lo más se podrán tratar algunos grupos de los mismos. Como en el nervosismo hay casi siempre una mezcla de irritación y de debilidad, no puede ser tratada esta última hasta que se haya hecho desaparecer la primera, y esta es una regla que muy á menudo se infringe en la práctica. Es necesario marcar un plan curativo determinado, tanto en interés del médico, como en el del enfermo. Toda prescripción que se trace para el tratamiento de un enfermo nervioso, debe ir precedida cuidadosamente de la preparación necesaria, debiendo atenderse mucho á que se guarde la conveniente proporción entre el reposo y la actividad. En general, los enfermos nerviosos pueden trabajar mucho más de lo que se cree. En muchos de estos casos se debe esperar y utilizar la ocasión oportuna; es frecuente que el enfermo conserve un poco de voluntad de trabajar y estos resíduos se deben utilizar hábilmente. Verdad es que con el tratamiento en familia se tropieza para esto con dificultades que en muchos casos son insuperables. Se hace preciso que el enfermo sea visto en diferentes situaciones y esto no es posible ni al médico de la casa ni al neurólogo en el poco tiempo en que casi siempre tienen ocasión de observar al sujeto. Además, el tratamiento de los enfermos nerviosos debe siempre estar bajo una sola dirección, y en las familias es frecuente que existan influencias psíquicas que no se pueden alejar ni fiscalizar. Por esta razón, todo enfermo nervioso de este género está mejor en un Sanatorio.

El mismo tratamiento policlínico que realmente se puede seguir en Berlín, tiene también sus inconvenientes, y no pequeños. Otra dificultad es la de que algunos enfermos insisten en llamar la atención hacia ciertos síntomas. Respecto al tratamiento especialista de algunos órganos, es frecuente que favorezca la mejoría del estado general, y este es el dato que nos debe servir siempre de guía para apreciar el valor é importancia del tratamiento respectivo. Es muy común que surja una especie de conflicto entre los tratamientos general y especialista. Es necesario resolver si existe al mismo tiempo alguna afección del vientre, del estómago, etc., y si hace falta modificarla, dadas las circunstancias del enfermo. También importa que no se proceda demasiado deprisa en la aplicación sucesiva de los diversos medios curativos, de tal modo, que acabemos por haberlos agotado todos; conviene, por el contrario, irlos usando uno por uno, para que siempre quede alguno disponible, caso de que sea necesario cambiar el plan terapéutico. También conviene no prescribir éste de palabra, sino por escrito. Al cambiar de tratamiento, á menudo hay que apelar á medios que no son aplicables en otras circunstancias; esto tiene el peligro de que se usen demasiados agentes terapéuticos y de que, por tal razón, se perturbe el tratamiento. El fracaso depende, en parte, de la inquietud de los mismos enfermos. Es frecuente que no se acierte hasta la segunda prescripción.

En el tratamiento farmacológico se sigue abusando mucho de los bromu-

rados. Hay médicos que toman á los enfermos nerviosos como objeto de experimentación de su remedio favorito. Lo que importa siempre es dar con la acertada combinación de los distintos agentes. Es muy arriesgado emplear los alcohólicos para calmar la ansiedad precordial, y quizá para animar y fortalecer á los enfermos. Preferible es á esto la abstención completa de toda bebida alcohólica.

Respecto al régimen alimenticio, conviene en muchos casos el vegetal, cuyo valor han hecho resaltar Hueppe y Rubner, puesto que la albúmina vegetal alimenta lo mismo que la animal, con tal que no vaya acompañada de substancias que dificulten el cambio material, sobre todo en los casos en que no se desea que el enfermo desarrolle ninguna fuerza exterior. La minuta se compondrá con arreglo á la capacidad de absorción de los distintos alimentos y de modo que no se sobrecargue el intestino. Por esta razón Hueppe prefiere el pan fino. La leche, la manteca y las grasas prestan muy buenos servicios en el caso presente. Siempre hay que atender á que la combinación sea la conveniente y á que el paso de un régimen de vida á otro diferente se establezca de un modo gradual. En el tratamiento en familia ya es más difícil una cura de cebamiento; lo mismo sucede con el tratamiento hidroterápico. Hay enfermos nerviosos que no soportan ninguno, de tal suerte, que después de los baños sienten picor y dolor de cabeza; puede ser que en esto influyan ideas hipocondríacas. Cuando están en familia, muchas veces es difícil resolver si se debe emplear el agua fría ó templada, verbigracia, en los casos de neuralgia, y si conviene la humedad ó la sequedad.

Respecto á la electroterapia, es indiferente la elección de corriente y de método; lo esencial es que el enfermo no sea quien se aplique el tratamiento. Se usan también la fototerapia eléctrica y los baños de luz incandescente, que son el método mejor para provocar la sudación y que influyen muy favorablemente en el cambio nutritivo. También es un remedio popular el masaje. En la esfera psíquica, el papel principal del médico es pedagógico cuando se trata de niños, y colaborador del del padre y del maestro, pero excluyendo el castigo. Generalmente basta con que el médico haga sentir enérgicamente su influencia personal.

El empleo exclusivo del hipnotismo es sumamente censurable. Este medio, cuando se emplea, debe siempre ir combinado con todos los demás y puesto en práctica por el mismo médico que dirige y ejecuta todo el plan terapéutico. Es más raro de lo que se cree que el hipnotismo, por sí solo, dé resultados positivos. La hipnotización está al alcance de todo médico; si fracasa, la causa radica en el enfermo y depende de influencias que no se pueden calcular. Es preferible una hipnotización superficial, pero no conviene que el hipnotismo entre desde el primer momento en el plan terapéutico, sino que es mejor comenzar con una forma más sencilla de tratamiento psíquico. Con estas restricciones, el hipnotismo es un medio que todavía no se emplea lo suficiente, y que precisamente se puede usar mejor en el seno de la familia que en un Sanatario. El hecho de que un enfermo se pueda hipnotizar bien, no significa siempre que este medio habrá de serle útil. Está indicado cuando no se adelanta nada con otros medios, cuando todo medicamento produce una reacción demasiado enérgica, siempre que la aplicación de la electricidad tropiece con algún inconveniente, como sucede en

las telefonistas, que muestran repugnancia á este tratamiento, y en general en todo caso de nervosismo de origen traumático.

El tratamiento en familia tropieza á menudo con grandes dificultades, mas no por eso es menos cierto que son muchos los casos en que ha dado excelentes resultados.—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del dia 1.° *de Junio de* 1900.

Paroxismos temblorosos en un caso de hidrargirismo crónico.—El Dr. ERBEN: Hace dos años he visto un enfermo que había sido tratado enérgicamente por medio de las unciones, y que tenía temblor; pero como éste era sólo intencional y había además alteraciones en la palabra, rechacé la idea de un temblor mercurial. He visto muchos sombrereros y doradores con el mismo cuadro sintomático de temblor intencional. El sujeto que aquí comparece es sombrerero y lleva dieciocho años de hidrargirismo; temporadas de varios años en que puede trabajar alternan con otras de varios meses en que se presentan estomatitis, gran decaimiento y, cuando cede este último, el temblor. Ahora lleva unos seis meses en el mismo estado; en las primeras cuatro semanas sintió adormecimiento en los dedos y en los hombros, después tuvo que dejar de trabajar; cuando se aliviaron los brazos se presentó temblor en todo el cuerpo. Si hace un esfuezo tiembla también la cabeza. El frío y la rapidez en los movimientos acentúan el temblor. El sueño, el apetito y la defecación están normales.

No hay en su organismo nada que haga sospechar la existencia de una afección del sistema nervioso central. Tiene una estomatitis moderada, pero á pesar de sus sesenta y tres años conserva aún muchos dientes; la saliva es alcalina y el sarro duro. Al sacar la lengua no tiembla ésta, y el lenguaje no es balbuciente. No hay alteración en la sensibilidad ni atrofia muscular. Si al practicar con el brazo movimientos pasivos tiene que vencer alguna resistencia, siente dolores. Los troncos nerviosos del brazo no están dolorosos á la presión, pero sí lo están los músculos. Los reflejos rotuliano y del triceps están normales, pero los del biceps y de la apófisis estiloides del radio faltan en ambos lados.

Si los brazos cuelgan no tiemblan, pero tiemblan hasta presentarse verdaderas sacudidas si el enfermo los mantiene algo elevados. Lo que no tiemblan son los dedos y en esto difiere el caso de la parálisis agitante. Las sacudidas no se observan en los temblores alcohólico, saturnino, esencial ó del mal de Basedow, y rara vez en el senil.

Si el enfermo mantiene la mano elevada, cesa al cabo de algunos minutos el temblor, después de una pausa de diez ó más segundos reaparece, y estas alternativas se repiten con la particularidad de que el enfermo siente mucho cansancio en los periodos de reposo. Si se le hace coger un objeto de gran tamaño presenta una gran agitación al cabo de algún tiempo, y á los pocos segundos se le cae el objeto porque «le falta fuerza en los dedos». Si se le

invita á que lleve el índice á la nariz, sólo en el último tercio del movimiento es cuando se presentan las oscilaciones rítmicas de la mano. Notables son los paroxismos temblorosos que se presentan cuando el enfermo aplica ambos puños al pecho, puesto que entonces se mueven de un modo violento, tan pronto juntamente como el uno contra el otro.

Los datos negativos de parte del sistema nervioso permiten excluir la idea de una esclerosis en placas. El temblor intencional que acabamos de describir pertenece también al hidrargirismo crónico, por más que no se le encuentre indicado en la literatura respectiva. Cuando se emplea la cura de unciones hay que contar con la eventualidad de que se presente este síntoma.

Resección del ureter seguida de su inserción en la vejiga. — El Dr. Latzko: Aquí traigo una enferma en la que con motivo de la extirpación de su útero canceroso tuve que extirpar un ureter é insertarlo después en la vejiga. En efecto, al practicar la operación observé que el ureter izquierdo estaba estrechado por un nódulo canceroso del tamaño de una cereza que se hallaba situado en el parametrio; fué necesario, por lo tanto, aislar la porción estrechada en la pelvis menor, practicar dos ligaduras, una por encima y otra por debajo de la estrechez y cortar después el ureter para separar el punto estrechado, como así se hizo, extirpando el nódulo referido en conexión con los genitales internos y con un trozo de ureter de 3 centímetros de largo. El extremo central del ureter resecado se insertó en la vejiga, para lo cual, después de abierta ésta, se le introdujo en ella en la extensión próximamente de 1 centímetro, atrayéndolo por medio de un hilo á manera de brida. Este hilo y un cateter uretérico que se había introducido en la pelvis renal, se les hizo salir hacia afuera por la uretra. La pared del ureter se unió íntimamente á la capa muscular de la vejiga por medio de puntos finos de sutura, y por encima de éstos se colocaron otras dos series de puntos con el objeto de unir el tejido periuretérico á la pared vesical y la hoja posterior del peritoneo á la serosa vesical. De este modo, tanto el ureter como su punto de inserción, cuyo desagüe se había establecido hacia la vagina, venían á quedar colocados de nuevo completamente por detrás del peritoneo. Después de disecar y desprender los ganglios que se pudieron alcanzar en la zona de la bifurcación de las iliacas, se cerró la cavidad abdominal. La operación vino á durar dos horas y tres cuartos. El curso ulterior fué tan franco, que se pudo dar de alta á la enferma á los dieciséis días.

Un nuevo micrófono para observar las vibraciones sonoras del órgano auditivo. — El Dr. Exner: Consiste el instrumento en un saquito cilíndrico de seda de unos 10 milímetros de largo que está lleno de polvo de carbón, y cuyas bases están cerradas por placas metálicas. La corriente de un elemento galvánico, corriente cuya intensidad se puede variar por medio de un reostato, atraviesa desde una placa metálica á la otra, pasando por el polvo de carbón y continuando después por el alambre primario de un carrete de inducción. El alambre secundario de este carrete se continúa con un circuito que conduce á un teléfono situado en una habitación más distante. Gracias á la disposición del instrumento, resulta que toda compresión que experimenta el polvo de carbón en el saquito de seda, altera la resistencia que éste opone al paso de la corriente, con lo cual varía la intensidad de la corriente del circuito primario del carrete, y, por un efecto de inducción, se

producen en la placa del teléfono las oscilaciones correspondientes. Ahora bien, á una de las placas metálicas del micrófono y perpendicularmente á la superficie de la misma, está adherido un vástago ó estilete hecho de un material mal conductor y cuya punta se aplica á la capa laberíntica de la placa del estribo, en el oído de un cadáver. Con este objeto, se separan de un cráneo, y por medio de cortes de sierra, el peñasco con su contenido y con el oído externo, y se pone al descubierto la placa del estribo. A fin de que la aplicación del estilete á este hueso se efectúe con la mayor exactitud posible y siempre con la misma presión que se desee, el micrófono ó la parte respectiva del cadáver se pueden mover por medio de tornillos micrométricos y se introduce en el circuito primario un mecanismo conmutador que intercala el micrófono en otro circuito de corriente, en el que una brújula y un mecanismo de compensación permiten arreglar las cosas de tal modo, que la resistencia que opone el polvo de carbón y que varía según la presión á que éste se halla sometido siempre, se puede hacer que tenga la magnitud deseada.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las induraciones eczematosas. — Para que desaparezcan las induraciones consecutivas al eczema crónico y al psoriasis, recomienda Unna la preparación siguiente:

Pasta de óxido de zinc	aa.	4 partes.
Resorcina		
Ichtiol	aa.	1 —
Vaselina		

Si las induraciones ocupan una gran extensión, se emplea un tópico menos enérgico:

Pasta de óxido de zinc		3 partes.
Resorcina	aa.	1 —
Vaselina		

Se aplica mañana y tarde sobre el sitio afectado una cantidad pequeña de esta pasta hasta que principia á desprenderse la epidermis. El medicamento se suspende entonces y si es preciso se emplea una pomada emoliente.

(*Bull. gén. de Thérapeutique*). — F. Toledo.

Hernia diafragmática curada por medio de la laparotomía. — El Dr. C. Leuw refiere el caso siguiente: Un carretero, de veintitrés años, que había recibido hace año y medio una puñalada en el costado izquierdo, presentó hace algunas semanas síntomas de oclusión intestinal que desaparecieron muy pronto; á este ataque sucedió otro más leve y después otro mucho más grave con meteorismo, obstrucción intestinal, vómitos y gran agitación peristáltica. No se pudo descubrir la causa de esta oclusión; la cicatriz del sép-

timo espacio intercostal, se vió desde luego que para nada influía en ello. Tampoco había ningún derrame pleurítico.

En vista de que el caso se iba agravando, se procedió á la laparotomía, practicando la incisión en la línea media, viéndose entonces que el asa, floja, del colon descendente se había introducido por un ojal existente en la mitad izquierda del diafragma, por donde también se había herniado parte del epiploón. Como no era posible llegar hasta dicho punto por la incisión media, pensó el autor resecar una costilla, pero prefirió, para evitar el peligro de un pneumotórax, trazar un corte á lo largo del arco costal izquierdo, desde el cual, con un bisturí de botón y bajo la dirección del dedo, podía desbridar el anillo herniario. Fué imposible tirar por el asa intestinal, porque ésta no cedía á la tracción, y tampoco se podía operar más á tal profundidad; pero inmediatamente después de dilatado el anillo herniario pasaron gases de la rama aferente del intestino á la eferente, y al mismo tiempo, y produciendo un ruído sibilante, penetró un poco de aire en la cavidad pleural.

A pesar de que el paso de los gases intestinales demostraba que se había restablecido la permeabilidad del tubo digestivo, prefirió el autor, para más seguridad, establecer un ano preternatural, cosiendo en un ángulo de la herida el asa aferente, reponiendo las demás de los intestinos y cerrando el resto de la herida. El enfermo, después de un colapso pasajero, curó, cerrándose espontáneamente el ano preternatural y restableciéndose la función ventral.

A juicio del autor, la hernia diafragmática se produjo del modo siguiente: en el momento de sacar el cuchillo cuando el sujeto recibió la puñalada, las presiones, intratorácica negativa é intra-abdominal positiva, del momento de la inspiración, fueron causa de que por el orificio practicado en el diafragma penetrara un trozo de epiploón, el cual poco á poco fué atrayendo un asa intestinal.

La mejor prueba de la conveniencia de la operación realizada, la suministra el hecho de que de entonces acá, y van cinco años y medio, el sujeto está sano y apto para el trabajo.

(*Korr-Bl. f. Schuveis. Arzke*). — R. del Valle.

Tratamiento de la blenorragia crónica de la mujer por la levadura de cerveza. — Jacobs ha empleado la levadura de cerveza en 30 casos de blenorragia crónica en la mujer; en más de la mitad de las enfermas el flujo desapareció con una ó dos curas; en seis casos el resultado fué nulo. Procede del modo siguiente: Por medio de una jeringa de 20 cent. cúb. de capacidad, inyecta la disolución de la levadura en la cavidad del cuello uterino y aplica sobre él un tapón de algodón esterilizado que extrae á las veinticuatro horas. La operación se repite tres días después. Si se trata de un catarro vaginal, la levadura se inyecta en los fondos de saco vaginales y después se introduce en la vagina un tapón de algodón. — (*Progrès médical belge*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ESCUELA DE MEDICINA DE SEVILLA

CLÍNICA DE OBSTETRICIA Á CARGO DEL DR. TELLO

PARTO DISTOCICO—OPERACION CESAREA Y DE PORRO—CURACION

OBSERVACIÓN DESCRITA POR

D. FRANCISCO MARQUÉS Y D. EDUARDO COBOS

Alumnos de dicha Escuela de Medicina.

Benita G., natural de Fuente de Maestre (Badajoz), de treinta y cinco años de edad, casada, de regular estatura, temperamento nervioso y constitución robusta. Menstruó por vez primera á los doce años, efectuándose esta función con normalidad, pero precedida de dolores. No acusa en sus *antecedentes hereditarios* nada digno de especial mención; pero de los *antecedentes patológicos* resulta que ha padecido de reuma y hace dos años tuvo un aborto de dos meses. Al año fué reconocida por el Dr. Adame, que encontró una matriz con 8 centímetros de cavidad, dirigida atrás y á la izquierda, á causa de un infarto del tamaño de un huevo de gallina, algo alargado, colocado en la cara posterior del útero, ocupando el fondo de Douglas y extendiéndose hacia los anejos izquierdos.

Los síntomas que presentó la enferma fueron: dolor circumpelviano, más intenso algunas veces en la fosa ilíaca izquierda, y que se extendía hacia las extremidades inferiores, leucorrea, frecuencia de la micción, molestias generales y desgano. El juicio formado fué que se trataba de un mioma intersticial de la pared posterior de la matriz, y se le propuso la extirpación y, de no ser aceptada, el tratamiento paliativo.

El día 27 de abril de 1900, ingresó esta enferma en la Clínica, ocu-

pando la cama núm. 12 del Kirófano, á los nueve meses de embarazo y seis días de la rotura de la bolsa de las aguas y de manifestaciones dolorosas prodrómicas del parto.

Fué reconocida por el Catedrático de Obstetricia Dr. Tello, el que apreció la existencia de un tumor de caracteres fibromatosos, que estaba implantado en la porción supravaginal del cuello, segmento inferior del útero, y se dirigía después hacia atrás y á la derecha, por la cara posterior de la matriz.

Este tumor, del tamaño de una cabeza de feto de medianas dimensiones, rellenaba casi por completo la excavación y empujaba el cuello uterino hacia adelante, colocándolo como aplastado contra la cara posterior de los pubis, dificultando por su disposición el parto por las vías naturales.

En vista de estas circunstancias, decidióse á practicar la operación cesárea, quedando dispuestos á ejecutar la de Porro, si las circunstancias la reclamaban. Prescribióse á la enferma un purgante, un baño general y enemas laudanizados si los dolores la molestaban.

Preparado convenientemente todo el instrumental necesario, y previa desinfección de él, procedióse á la operación, que fué llevada á cabo por el Dr. Tello, auxiliado por los ginecólogos Dres. Adame (hermanos) y el Dr. Magro. Esta empezó á las cuatro menos cuarto de la tarde, encargándose de la anestesia el Dr. Panizo, que la efectuó, mezclando cloroformo y éter á partes iguales, y sin que ningún accidente digno de mención ocurriera durante ella.

Hecha nuevamente la asepsia de la pared abdominal y sondada la vejiga, se hizo una incisión en la línea media, que desde 3 centímetros por encima de la sínfisis pubiana, se extendía hasta 2 centímetros por debajo de la cicatriz umbilical.

Después de incindida la piel y el tejido celular, fueron seccionándose las diferentes capas que forman esta región, hasta qua se llegó al peritoneo parietal: cortado éste, quedó al descubierto la cara anterior de la matriz, separáronse los bordes de la herida y se colocaron alrededor compresas de gasa esterilizada, y una vez hecho esto se procedió á la abertura de la matriz.

Se siguió el procedimiento de Tarnier, practicando una incisión de 3 centímetros de longitud en la cara anterior del útero, en la que sólo se interesó el peritoneo; por dicha incisión se introdujo el índice derecho, que desgarró y perforó el músculo uterino en toda su extensión: este procedimiento tiene la ventaja de no herir las membranas

y evita, por tanto, la salida del líquido amniótico. Después se agrandó la incisión hasta unos 15 centímetros, y pudimos apreciar: que el grosor de su pared era de unos 5 centímetros, que presentaba múltiples nódulos fibromatosos de tamaño variable; que el feto estaba muerto y era de gran volumen, teniendo su piel un color rojo vinoso y estando la epidermis desprendida en muchos puntos; que la presentación era podálica en primera posición, conviniendo, por tanto, con las que los autores citan como frecuentes en los casos de fibromas uterinos.

Dado el tamaño de la cabeza, hubo que prolongar hacia arriba las incisiones; llegando la de la piel hasta 2 centímetros por encima de la cicatriz umbilical, pero salvándola por el lado izquierdo y practicándola con las tijeras, sirviendo de guía el índice izquierdo. También se prolongó la de la matriz unos 2 centímetros y se procedió á la extracción de la criatura. Esta presentaba alguna dificultad á su salida, por lo que se extrajo, yendo á buscar los piés, maniobra que facilitó su expulsión.

Una vez fuera el feto, pudimos apreciar la cara interna de la matriz, que presentaba el color verdoso propio de una endometritis pútrida; lo que nada de extraño tenía, pues por los caracteres que el feto presentaba, veíase claramente que llevaba dentro del claustro materno tres ó cuatro días muerto.

En vista de esta infección del endometrio, no se dudó en practicar la operación de Porro; pues si á la infección unimos los múltiples fibromas intersticiales que hacían del útero una víscera sin condiciones para el desarrollo de un nuevo sér, vendremos en consecuencia de que la operación de Porro se imponía.

Se sacó de la cavidad abdominal el cuerpo de la matriz, momento en el cual la placenta se desprendió espontáneamente, y con una pinza de Museux se cogió el fondo de la matriz y se tiró de ella hacia arriba en dirección vertical; entonces se procedió á colocar el tubo de goma que había de formar el pedículo. A las primeras vueltas practicadas cerca del segmento inferior, se sondó la vejiga por ver las relaciones que tenía con el pedículo, y se vió que su fondo estaba algo distante.

Por la parte superior derecha estaba el pedículo en relación inmediata con una asa del intestino delgado, pero no la interesaba; no así un trozo del mesenterio que presentaba adherencias y que formaba parte de él.

Para acabar de formar el pedículo, se dieron varias vueltas con

el tubo de goma, que cogian una extensión como de cuatro traveses de dedo.

Una vez terminado el pedículo, se prolongó hacia arriba la incisión que se hizo para la cesárea y se terminó seccionando de arriba á abajo la cara posterior del útero, con lo que quedó éste dividido en dos partes laterales, cada una de las que se dividió en otras dos, mediante una incisión perpendicular á la antes dicha. Con esto quedó el útero cortado en cuatro segmentos, facilitándose así los cortes que á 2 centímetros por encima de la última vuelta del tubo se hicieron para separar la matriz del pedículo.

Terminada esta maniobra, procedióse á la sutura del peritoneo, la que se hizo á puntos pasados, desde la parte superior hasta el pedículo, pero dejando de suturar alrededor de él por no alcanzar el peritoneo, el que quedó perfectamente adaptado.

Después se suturaron los planos superficiales con seda fenicada, y acto continuo se pasaron en aspa dos alfileres largos que cogían las vueltas más profundas del tubo de goma, con objeto de evitar el hundimiento del pedículo. Con el termo-cauterio se tocó toda la superficie de aquél, y después de colocarle debajo de los alfileres unas compresas de gasa, se procedió á la colocación del apósito.

Colocado éste, fué la enferma trasladada á su cama á las cinco y veinticinco minutos de la tarde, en donde reaccionó á los pocos momentos y con una temperatura de 37°,3.

Diario de observación.—Días 29, 30 y 1.°—Su estado general bueno, y sólo hubo necesidad de sondarla una vez la vejiga y varias el recto. Se la prescribió el extracto de nepente para que se le calmaran los dolores, que el tubo, estrangulando los tejidos, producía.

Día 2. — Su estado general era el siguiente: la temperatura llegó á 38°,5, estaba inquieta é intranquila, y se quejaba de la parte operada. Se procedió á levantar el apósito, y se encontró alrededor del pedículo una escasa cantidad de un líquido sanioso y fétido, se la hizo la curación, y se la prescribieron la poción anti-espasmódica, agua de Seltz, salol 1 gramo; como hacía días (desde que se operó) que no había evacuado su intestino, se la ordenó un purgante de aceite de ricino.

Día 3. — Fiebre de 38° con timpanismo y molestias intestinales.

Día 4. — Cura antiséptica cada hora, y la temperatura llegó este día á 38°,2. Sigue la medicación; ceden en parte las molestias generales y del intestino.

Día 6. — Molestias generales, elevación térmica por la noche, y

vuelven á presentarse las molestias intestinales, y se le prescribe un purgante.

Día 7 — Diarrea fétida; siguen los mismos síntomas del día anterior; la supuración aumenta, y por dificultad de salida, se remansa el pus, que por presión salía por el punto de sutura más alta.

Día 8. — Cede la fiebre y las manifestaciones intestinales, prescribiéndole cocimiento antiséptico con la quinina. Horchata de arroz. Infusión de anís estrellado. El líquido que rodea al pedículo, tiene todos los caracteres de un pus bien fraguado.

Días 9, 10, 11 y 12.—Curación á cada hora. Estado general bueno. Sigue no obstante, con la medicación antes dicha.

Día 13.—Temperatura de 37°,8; mayor cantidad de pus comparada con la de los días anteriores.

Día 14.—Fiebre de 38°. Está inquieta; la supuración ha disminuído algo. En la tarde de este día, haciéndola una curación, se le desprendió el pedículo, que desde días anteriores se movía mucho. También se le presentaron dolores en la extremidad derecha, que fueron acompañados de la inflamación y edema de los maleolos; se iniciaba una flebitis; se la prescribió la pomada de belladona y mercurial con cataplasmas de harina de linaza.

El pedículo, al desprenderse, se trajo, no sólo la parte supra-vaginal del cuello, sino también el resto de tumor que quedó en la excavación, que ya resultaba relativamente pequeño por haber aminorado de volumen, y por lo que, con la ligadura y la matriz extirpada, salió.

Días 15, 16, 17 y 18. — Siguió la flegmasía su curso con carácter descendente, pues los mayores dolores los empezó á sentir en el muslo; después en la pierna, y por último, el día 18 estaban limitados al pié, en el que existía un edema de mediana intensidad.

Día 19.—Desaparecieron los dolores y edema de la extremidad izquierda; pero en cambio se le inició la flebitis en el pié y pierna derecha, con carácter ascendente. Se le quitaron los puntos de la sutura de la piel y uno que había quedado de la sutura profunda. Siguió con la medicación.

Día 20.—Notable mejoría de la flegmasía que quedó limitada á la pierna. La herida del abdomen caminaba rápidamente á la cicatrización, como lo demostraba el hermoso color rosado de los mamelones carnosos. Descanso de pomada mercurial y belladona.

Día 21.—Fiebre de 38°,3 que se explicó por exarcerbarse algo la flegmasía. Pomada mercurial y de belladona. Infusión: manzanilla

amarga. Sulfato de quinina 0'50 gramos por las mañanas. Salol 1 gramo.

Días 22, 23 y 24.—Continúa mejorando y desciende la temperatura á 36°,5.

Días 25 y 26.—Sigue sin novedad. La herida está casi cicatrizada.

El día 2 de junio se le da el alta regresando á su pueblo completamente curada.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Sobre la oftalmía eléctrica. — II Desinfección de las manos. — III. La anquilostomanemia en Sicilia. — IV. Persistencia del bacilo de la grippe en ciertos individuos. — V. Maneras de desinfectar la leche. — VI. Lactancia: varias cuestiones. — VII. El bacilo de Löffler en los individuos sanos. — VIII. Diseminación de la vacuna por los mosquitos. — IX. Inoculación de la escarlatina: preceptos que de ella se deducen. — X. Varicela: incubación; virulencia. — XI. El bacilo de Koch: medios de propagación. — XII. Manera de diferenciar la harina de trigo de la de las leguminosas.

I. Un obrero robusto, de veintidós años, recibió, teniendo un objeto metálico en la mano, una gran chispa, á modo de rayo, causada por una corriente de 200 amperios, en una fábrica de energía para tranvías eléctricos. Los ojos estaban á unos 15 centímetros del sitio peligroso. Cayó hacia atrás contra la pared, tuvo la sensación de carecer de ojos, no pudo abrirlos y al lograrlo, á los quince minutos, sintió un dolor muy intenso; vió sólo muchas manchas azules y amarillas que se movieron incesantemente durante un cuarto de hora; luego terminó pronto el dolor y aparecieron lagrimeo y sensación de quemadura y de sequedad, como si tuviese polvo de carbón en la conjuntiva. El lagrimeo aumentaba en contacto de la luz solar. Durante la noche despertó con un dolor vivísimo, ardor muy fuerte y abundante lagrimeo, que le incitaron á ponerse agua fría; así siguió hasta por la mañana, en que obtuvo alguna calma.

Examinado por Alexander, de Nuremberg, al día siguiente del suceso, presentaba: piel de los párpados y regiones próximas, normal;

pestañas superiores quemadas y gran inyección de toda la conjuntiva izquierda; córnea derecha con una mancha de origen ignorado; pupilas muy reducidas y perezosas; hipermetropía ($^5/_6$) en el lado derecho é hipermetropía y astigmatismo ($^3/_{10}$) en el izquierdo; en este mismo lado, escotoma central positivo de 30 centímetros de distancia, de 4 de diámetro y de color azul. Todo lo demás estaba en condiciones normales.

El reposo y la cocaina (2 por 100), parece, vencieron los daños, pues al otro dia trabajaba el enfermo, quien aseguró que no eran infrecuentes en la fábrica accidentes análogos.

Con motivo de este caso recuerda el autor que Terrier admite dos formas de esta *oftalmia eléctrica*: una ligera, con inyección conjuntival y á las veces quémosis de los sitios descubiertos, pupila perezosa, ya grande, ya pequeña, cromatopsia, fotofobia y fosfenos, cuyo pronóstico es benigno y que dura poco; otra grave, con trastornos retinianos, disminución de la visión, escotoma en el punto de fijación y visión del color suplementario, cefalalgia, sensación de cuerpos extraños, lagrimeo, blefarospasmos, fotofobia, inyección conjuntival y periquerática, miosis y á las veces fiebre é insomnio por el dolor.

Los rayos ultra-violeta son para Widmark la causa de esta oftalmía.

II. Dice Sarwey (XXIX Congreso de la Soc. alem. de Cirugía, Berlín, 1900) que el lavado con agua caliente, jabón y cepillo esterilizados, hecho siete veces durante cinco minutos, no logra la completa desinfección de las manos. El empleo del jabón de mármol pulverizado no es de lo mejor. El método de Mikulicz (tintura de jabón) no mata todos los gérmenes. En su concepto, el mejor procedimiento para desinfectar las manos es el de Ahlfeld: lavado enérgico, durante cinco minutos, con agua jabonosa y desinfección consecutiva, otros cinco minutos, con alcohol á 96°.

III. Del estudio hecho por A. Tomaselli-Peratoner (*Riforma medica*, 1900), sobre la anquilostomanemia de Sicilia, se deduce:

1.° La anquilostománemia está muy difundida en Sicilia, especialmente en algunas azufrerías.

2.° En el desarrollo del anquilostoma y en su propagación de operario á operario influyen varias causas: insalubridad de las minas de azufre, la elevada temperatura y la escasa ventilación de las mismas, la diseminación de las materias fecales en el suelo, la escasa limpieza y el uso de comidas crudas.

3.° Más que á las pequeñas hemorragias producidas por los parásitos en el duodeno, debe atribuirse la anemia á la absorción de toxinas elaboradas por éstos, que destruyen la sangre, según ha sido demostrado experimentalmente.

4.° Para evitar que los anquilostomas alcancen á los operarios y lleguen á lugares todavía no contaminados, es preciso: separar las causas de insalubridad de las minas, obligar á la limpieza de los obreros; proveer de buen agua potable; establecer fosas fijas ó cajas movibles para recoger las materias fecales y luego apartarlas; organizar un buen servicio sanitario; mejorar las condiciones físicas y económicas de los obreros.

IV. Para Cantani (*Id. id.*, 1900) es un hecho muy poco probable hallar el bacilo de la influenza en la boca de individuos sanos en estado saprofítico. En cambio, en los individuos que sufren catarro crónico de las vías respiratorias, que exacerba un ataque de grippe, este bacilo es persistente y revela su presencia con frecuentes recaídas. Por tanto, estos individuos constituyen un foco continuo de infección durante varios meses.

Acepta la especificidad del bacilo y acepta también la gran valía de sus toxinas; pero, por lo mismo, llama la atención sobre formas clínicas de apariencia grippal, causadas por otras bacterias.

No cree que la descripción dada por Pfeiffer del pseudo-bacilo de la influenza sea exacta, y dice que debiera darse este nombre á los bacilos de las vías respiratorias semejantes al de la influenza por la forma, pero que crecen en los medios ordinarios.

V. Sieger, *privat-docent* de Pediatría en Estrasburgo, estudia los medios de dar una leche exenta de elementos nocivos (Revista crítica del Dr. Barthes en *Ann. de Méd. et Chir. infantiles*, 1.° junio, 1900).

Da cuenta del aparato de pasteurización de la leche, tan práctico como poco costoso, presentado por Oppenheimer en el reciente Congreso médico de Munich.

Refiere también los experimentos hechos durante diecinueve años por Forster, de Amsterdam, sobre la influencia de las temperaturas menores á 100° en las bacterias patógenas, y especialmente en el bacilo tuberculoso. Dice que á los 65° no cambia ni el aspecto, ni el gusto de la leche, y que puede considerarse la leche inofensiva, si permanece un cuarto de hora á dicha temperatura. Un discípulo de Forster, Man, recomienda, para estar más garantidos, sostenerla de veinticinco á treinta minutos. La vulgarización de esta práctica ha

sido tan fecunda, que sólo en Amsterdam se pasteurizan varios millones de litros cada día.

En vista de tales resultados, son muy dignos de recomendación aparatos tan sencillos como el de Oppenheimer.

VI. Manchamp, en su Tesis de París (1900), estudia las siguientes cuestiones relativas á la leche:

1.ª *Peligros.* — Pueden depender de estar la vaca enferma, de estar sucios los pezones, las manos del que ordeña, las vasijas que la reciban y transporten, etc., inconvenientes evitables con una inspección sanitaria rigorosa y una vigilancia extrema.

2.ª *Conservación.* — La ebullición y pasteurización son métodos no seguros, y sólo son utilizables á título de transitorios; de todos modos, deben ser hervidas cuantas leches hayan sido transportadas y cuantas no tengan procedencia bien conocida. El aparato de Budin y Gentile es bueno, y empleado por modo oportuno, ha salvado muchos niños de diarrea estival. El esterilizador de Bouland, práctico y barato, presta á Barthes excelentes servicios.

3.ª *Esterilización.* — Es el medio más seguro.

4.ª *Lactancia materna.* — Siendo la mejor, tiende á disminuir. A ello contribuyen varios motivos, entre los cuales no menciona el autor la *Struggle for life*, cada vez mayor, las *uniones libres*, el afán inmoderado de placeres, etc.

VII. Las estadísticas publicadas dan, como término medio de individuos sanos, que llevan el bacilo de Löffler en la garganta, un 18'8 por 100 de los que tuvieron relaciones con diftéricos, y un 7 por 100 de los que no las tuvieron.

Max Kober (*Zeitschrift für Hygiene und Infections Krankheiten*) ha hecho nuevas investigaciones, pero considerando sólo como diftéricos los bacilos que presentan la doble coloración de Neisser, que acidifican el caldo de cultivo y que matan el conejito de Indias. Con estas restricciones queda reducida la proporción en un 33 por 100 (10 por 30).

En 128 individuos que estuvieron en contacto con diftéricos, halló 15 veces el bacilo en la garganta (12'5 por 100) y si se elimina de ellos 5 que tenían roja la faringe, pero no falsas membranas, la proporción queda reducida á 8'8 por 100, bastante menor que la antes indicada; si bien es de advertir que las investigaciones del autor se refieren á contactos íntimos (madres) y no á los accidentales. La persistencia de los bacilos ha sido hasta de veintiocho días, y de todas estas personas, sólo una tuvo la difteria. Estos hechos enseñan, una vez más,

que son peligrosas las personas que asisten á los diftéricos, sobre todo si tienen flegmasías de la garganta por sencillas que parezcan: en el pabellón de diftéricos de Breslau, ha observado que de 138 personas que concurrían á él y que habían tenido una ligera angina roja, 97 tenían bacilos en la garganta, es decir, el 70 por 100. Es, pues, tan probable la contaminación indirecta por los individuos asistentes como por los objetos.

En 100 niños sanos, sin relación con enfermos, encontró en 15 el bacilo diftérico en la garganta (2'5 por 100); pero de ellos, en 10 pudo averiguar relaciones más ó menos apreciables con los enfermos, y en los 5 restantes, la investigación no fué precisa. En estos casos, la persistencia del bacilo no excedió de diecisiete días, y en los dos tercios habían perdido su virulencia.

VIII. Lueddechens vacuna á su hijo, de año y medio, en el brazo, valiéndose de linfa glicerinada. Al día siguiente es picado el niño por mosquitos en varios puntos. A pesar del cuidado tenido para que el inoculado no llevase sus dedos al punto de la siembra vacuna, pudo hacerlo y, varios días después, algunas de las picaduras se habían hinchado y enrojecido y luego aparecieron pústulas que demostraron que hubo inoculaciones secundarias. Durante ocho días tuvo fiebre y un estado grave; casi todos los puntos atacados supuraron, á pesar de las precauciones adoptadas, y quedaron cicatrices indelebles.—(*Berlin. Klin. Wochens*).

IX. J. W. Sticker ha inoculado, bajo la piel de individuos sanos, humores procedentes de escarlatinosos y obtuvo una serie de manifestaciones morbosas análogas á la escarlatina, no graves y terminadas en la curación. Deduce de sus experimentos (*Med. Record*):

1.° Las secreciones faríngeas y bucales de los enfermos contienen siempre el contagio escarlatinoso.

2.° El máximum de virulencia corresponde al principio del estadio eruptivo.

3.° Durante el curso de la enfermedad se debe cuidar de que los labios, la boca, la lengua y la faringe estén constantemente húmedos para evitar la diseminación y exaltación del contagio en el cuarto del enfermo; por esto mismo se impone la desinfección de estos territorios.

4.° Para limpiar los labios y la nariz se empleará lienzos, que luego serán destruídos por el fuego, y si se usa pañuelos, se les sumerge en una solución desinfectante concentrada.

5.° Las secreciones nasales pueden infectar la atmósfera que rodea

al enfermo y hay que tomar precauciones contra ellas como contra las de las cavidades buco-faríngeas.

El autor insiste en las prácticas generales de desinfección, en lo que atañe al personal y material.

X. En varios casos de observación precisa, Sykes William (*British med. J.*) ha encontrado que el período de incubación de la varicela ha sido de seis, de siete, de doce, de quince y un último á lo menos de diecinueve días. Expuestos seis niños, simultáneamente al contagio, todos tuvieron la erupción al mismo tiempo, á los quince días.

De éstos datos deduce: 1.°, influyen en la duración de la incubación la resistencia del organismo y la cantidad de veneno introducido: la primera explica la diferencia de aparición en casos de contagio simultáneo; la segunda se comprende bien, pues tanto más pronto debe aparecer el padecimiento, cuantos más gérmenes patógenos entren á la par ó por modo sucesivo; 2.°, este período puede variar entre límites muy extensos, desde cuatro días (Tanner) á veinticinco (Trousseau), siendo, por término medio, de catorce días; 3.°, es de notar que los autores antiguos fijan en menos tiempo la incubación que los modernos, diferencia que ha de depender ó de estar mejor hechas las observaciones, ó de que el agente, en virtud de las mejores prácticas profilácticas actuales, es menos activo y necesita más tiempo para desarrollarse.

XI. En el Sanatorio de Görbersdorf se propuso A. Mæller comprobar los resultados obtenidos por Flugge, quien había expuesto que los tuberculosos, tosiendo, proyectaban gotitas de esputos baciliferos.

Coloca ante 30 enfermos porta-objetos á un metro de distancia y á la altura de la boca: en 16 encuentra bacilos tuberculosos. El examen es de preferencia positivo cuando los enfermos, al acostarse, tosen y escupen.

En las mismas condiciones sitúa conejitos de Indias: dos mueren de tuberculosis por inhalación.

Ha visto también el bacilo en el cuerpo y en los excrementos de las moscas, creyendo, con razón, que pueden depositarlo en los alimentos ó en los utensilios de mesa.

XII. Publica Julio Valenti, en armonía con los resultados obtenidos en el Instituto de Higiene de la Universidad de Roma, un estudio (*Rassegna intern. della Medicina moderna*, 1.° junio 1900) dando á conocer un procedimiento sencillo para reconocer la harina de las leguminosas mezclada con la de trigo.

Advierte, ante todo, que en la harina de trigo elaborada con más esmero pueden verse con el microscopio algunos gránulos de leguminosas sin que exista fraude. En vista de esto, se propuso encontrar medios para sospechar el fraude antes de recurrir al microscopio, antes de emplear los reactivos propios del almidón de una y otras y antes del examen del retículo cotiledonario de estas harinas.

El método se funda en la carbonización de la harina en presencia del ácido sulfúrico.

Se agita en un tubo de ensayo 1 gramo de harina con 10 cent. cúb. de una solución de partes iguales de agua destilada y ácido sulfúrico puro concentrado; en cuanto se hace la mezcla hay desarrollo de calor. A los pocos minutos la harina toma un color amarillento y el líquido adquiere consistencia siruposa.

Si la harina es de leguminosas, el líquido se pone rápidamente de color rosa, que poco á poco se hace más intenso, hasta ser rosa obscuro; además se forma en la superficie una capa gruesa, constituída por casi toda la harina.

Si es de trigo puro, tarda más en tomar un ligero tinte rosa, inmutable durante doce horas, sin llegar casi al color rojo vinoso de las leguminosas; además, toda la harina queda disuelta en el líquido.

Si la harina es una mezcla de trigo y leguminosas, basta el 4 por 100 de éstas para que aparezca pronto el tinte rosa y llegue á los quince minutos casi á ser rojo vinoso. Una y otra se distinguen, porque la de trigo se disuelve y la de leguminosas flota.

Este método, pues, basta para revelar una adición de 4 por 100, y es inseguro en menor proporción. Entonces se recurre al microscopio, buscando no sólo los gránulos de almidón, sino también los retículos cotiledonarios, cuyo número puede aclarar el diagnóstico. Se sabe ya, por los estudios de Di Vestea, la distinta resistencia que tienen el retículo cotiledonario de la harina de trigo y el de las leguminosas, tratado con una solución de potasa cáustica: al 1'5 por 100 el del trigo se destruye en muy poco tiempo, y el de las leguminosas necesita la de 10 por 100.

De las investigaciones de Valenti resulta que los ácidos se conducen de modo distinto: la solución concentrada de ácido sulfúrico (partes iguales) hace evidente el retículo de las leguminosas y destruye pronto el de trigo; si se usa puro, el resultado es el mismo, pero al fin es destruído el retículo. Cuando hay mezcla, puede calcularse la cantidad proporcional de cada uno.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Discurso leído en la Sociedad Ginecológica española, por el doctor D. Antonio García Cuello.—Madrid, 1900.

II. Congreso Odontológico español celebrado en Barcelona en 1899.—Memorias presentadas al concurso de premios, por D. Luis Subirana Matas.

III. La peste bubónica en Portugal, por el Dr. D. Federico Montaldo.—Madrid, 1900.

I

De este discurso, que fué recibido con aplauso de la prensa profesional al dar cuenta de la sesión inaugural de la Sociedad Ginecológica, puede decirse que es un capítulo de mucho mérito en obstetricia, mucho más si se tiene en cuenta la claridad de exposición y concienzudo estudio que de las «Anomalías de las fuerzas durante el parto» ha hecho persona de la competencia del Dr. García Cuello.

Con su lectura, seguramente, encontrarán muchos orientación para decidirse ante anomalía semejante, y se evitarán muchas intervenciones prematuras para terminar el parto.

II

Dos cuestiones trató en el Congreso Odontológico español el Sr. Subirana: una referente á *Consideraciones sobre los trabajos de puente*, en la cual trata la historia de esta manifestación protésica dental, la define, clasifica y describe de tal manera, que por esta circunstancia y la severa y concienzuda crítica que hace del procedimiento mereció la más honrosa censura en el certamen donde fué presentada, alcanzando el primer premio. Igual triunfo logró con otro trabajo titulado *Influencia de la prensa en la cultura profesional*, admirablemente escrito y pensado.

III

Garantiza la bondad de este trabajo, además de las estimables dotes de escritor y de cultura médica que posee el Dr. Montaldo, la circunstancia de ser producto de la asistencia personal á dicha epidemia en representación del Gobierno español.

Esta publicación es la Memoria por la cual da cuenta de su comi-

sión científica, tan aprovechada para la ciencia por lo instructiva, que puedo asegurar es de las más aceptables y concretas de la epidemia padecida en Portugal que hemos leído hasta la fecha.

La ciudad de Oporto, estudiada desde el punto de vista higiénico-demográfico; la epidemiología de la peste bubónica en dicha ciudad; higiene profiláctica; su bacteriología; su estudio clínico, y las autopsias practicadas en los que fueron atacados de la peste bubónica, extremos todos que hacen comprender lo completo del estudio hecho por el Dr. Montaldo, le han permitido deducir las siguientes importantes conclusiones, cuya esencia transcribo:

1.ª Que no parece aventurado suponer que la peste bubónica, por atenuación del germen, por resistencia del medio ó por otras causas, no podrá en Europa ocasionar los estragos de vidas que produjo en pasados siglos.

2.ª La experiencia ha demostrado que la peste bubónica cede ante una campaña racional de higiene y saneamiento urbanos, preparados de antemano.

3.ª La profilaxis de esta enfermedad se cifra en la higiene, en el bienestar y en la desinfección. La acción inmunizadora de los sueros antipestosos, es problemática y pasajera en todo caso; la de las vacunas, mejor comprobada, tropieza con dificultades que hacen impracticable su generalización.

4.ª La bacteriología constituye un auxilio precioso de la clínica y de la higiene antipestosas.

5.ª La peste bubónica exige hospitales *ad hoc* para la hospitalización forzosa de los enfermos, y campamentos ó locales de observación para los sospechosos.

6.ª El diagnóstico clínico de la peste es difícil, por lo cual se debe: 1.º, en tiempo de epidemia, pecar por carta de más que de menos, y 2.º, practicar el examen bacteriológico rápido de la sangre, esputos y pus de los enfermos sospechosos.

7.ª El mejor tratamiento terapéutico es el sintomático, racional y enérgico; los sueros pueden prestar buenos servicios como coadyuvantes. *Todavía hay* mucho que estudiar respecto al tratamiento de la peste por los sueros.

Por último, recomienda la necesidad de estar prevenidos para el caso de una epidemia en España, pues por mucho que cueste la previsión eficaz, más cara cuesta una epidemia.

Esta es la síntesis de tan excelente trabajo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 19 *de Mayo de* 1900.

Talla hipogástrica. — Gastrectomía. — El Dr. Calvo presentó dos cálculos vesicales extraídos por la talla hipogástrica y leyó la historia clínica de una gastrectomía practicada por el Dr. Guedea :

Trátase de una mujer de treinta y cinco años, casada, que ingresó en la Clínica el 25 de enero de 1900. La enferma menstruó á los veintiún años, y no ha padecido otra enfermedad que calenturas, calificadas de gástricas por los médicos, padecidas hace mucho tiempo. Sintió las primeras molestias de la actual enfermedad cuando lactaba un hijo en el pasado mes de agosto, teniendo sensación de peso y plenitud en la boca del estómago; angustia grande que llegaba al desmayo consecutiva á la ingestión de alimentos, agravándose estos fenómenos y provocándose vómitos de materias alimenticias, seguidos de descanso. En octubre comenzó el dolor intenso, tanto en la plenitud como en la vacuidad gástrica. Al mes siguiente, notó un tumor en la parte anterior del vacío izquierdo, que ha seguido aumentando hasta hoy; la enferma está muy delgada, presentándose á nuestra observación en pié, encorvada y con las manos comprimiendo la región epigástrica; facies contraída, color térreo de la piel, abdomen aplastado, excepto en la región que se indicará, y con repliegues reveladores de la maternidad y una parte rectangular de piel, pigmentada por la aplicación de vejigatorios. Advertíase en el hipocondrio izquierdo, vacío del mismo lado y parte vecina de la región umbilical, un tumor poco pronunciado, alargado de arriba abajo, que no se modifica ni mueve con la respiración; el tacto y palpación limitan el tumor, que ocupaba desde la línea que pasa transversalmente el eje del tronco por debajo de la décima costilla, hasta dos traveses de dedo por debajo de la línea umbilical y siempre en el lado izquierdo del vientre; es muy duro y tan fijo por sus perceptibles adherencias profundas y superficiales, que no se logra la menor movilidad. La percusión da sonoridad casi normal en el espacio de Traube, á partir del cual el sonido macizo llega hasta dos traveses de dedo por debajo del ombligo, en su lado izquierdo. La enferma acusa dolor espontáneo intermitente, punzante, muy intenso, que se provoca á veces por la presión; se acentúa en forma de crisis dolorosas, tan intensas, que la hacen salir de la cama, retorcerse en el suelo, adoptando posturas extrañas, gritar y pedir con ansiedad cualquier remedio, incluso la muerte. No guardan relación estas crisis con la ingestión de alimentos. En la posición genu-pectoral se confirman los anteriores síntomas y especialmente la fijeza del tumor.

Se pensó en una neoplasia de la pared abdominal, del epiploón, del colon

ú otro intestino y del estómago, dirigiendo el juicio hacia una localización gástrica. También se pensó en la posibilidad de ulceración en camino de transformarse en carcinoma.

Se practicó la operación el día 23 de febrero del año actual, procurando la limpieza gastro intestinal por los purgantes, benzo-naftol y dieta láctea, y la asepsia cutánea por el baño y compresas calientes de bicloruro al 1 por 1000. Doce horas antes de operada, se suprimió la ingestión de toda substancia alimenticia, y se la inyectaron 100 gramos de suero artificial. A la hora próximamente, comenzó á reaccionar: temperatura, 36°,7 y 86 pulsaciones, oscilando temperatura y pulso, durante el tiempo de estancia en la Clínica, entre 36°,6 y 37,2, y 76 y 86 pulsaciones.

El día 24 se la dispusieron enemas alimenticios, con los que siguió durante quince días, además de la alimentación por la boca, que comenzó el 28 de febrero, quinto de la operación, por cucharadas de leche esterilizada cada dos horas. El 1.° de marzo alternó éstas con cucharadas de caldo y jugo de carne. El día 7 se la dispusieron dos yemas de huevo y el 10 ya ingería (muy repartida la alimentación) 6 copas de leche, 4 huevos, 4 copas de Jerez y caldos, suprimiéndose los enemas alimenticios. El 14 tomó sopas de tapioca. Desde el 18 de marzo tomaba dos sopas, dos cuartos de gallina, dos cuartillos de leche, 300 gramos de pan, una copa de vino, chocolate y caldo dos veces al día, continuando este régimen dietético hasta su salida del hospital. La sensación de apetito apareció pronto con intensidad creciente; el dolor desapareció completamente, expresándose la enferma con frases de alegría y satisfacción, siendo el sueño tranquilo y cada día más continuo y reparador. Ni un solo vómito se ha observado. A los ocho días de operada defecó, siendo de color normal y consistencia algo blanda las deposiciones, que continuaron así cada dos ó tres días, tomando enemas de agua hervida para estimular esta función en caso de persistir el estreñimiento. A los cuatro días de la operación, y en el quinto de su curso post operatorio, se levantó el apósito encontrando perfectamente aséptica la herida en el concepto quirúrgico, sin la menor rubefacción ni exudado y cicatrizada por primera intención; no me atreví á quitar los puntos, porque habiendo tolerancia para las sedas, los dejo sistemáticamente de diez á doce días. A los dieciocho días de operada se levantó, encontrándose bien, aunque en los días sucesivos notaba sensación de tirantez en la cicatriz, más pronunciada cuando se incorporaba. Esta molestia desapareció más tarde. El 25 de marzo, al mes de la operación, pesaba 40 kilogramos, el 4 de abril 43, y el 14 del mismo mes, 44.

De esta observación se deduce que el estómago es víscera que puede ser extirpada en su totalidad sin perturbaciones notables de la nutrición, cosa ya demostrada por algunas observaciones anteriores. Las indicaciones de esta operación son variables: pero una de ellas puede surgir de úlceras perforantes adherentes á las paredes abdominales cuando la úlcera por su antigüedad, localización y otras circunstancias, no permita operaciones de menor gravedad. El procedimiento operatorio puede ser el seguido en esta extensa gastrectomía; pero podrá haber casos en que sea dificilísimo ó imposible, y habrá que desistir ó seguir los utilizados en extirpación por encima del cardias.

El Dr. Guedea conceptúa como uno de los problemas que en tan extensas gastrectomías habrá de calcularse al decidir la operación después de abierto el vientre, el referente á la fácil unión de los extremos seccionados, que en algunos casos puede ser algo forzada ó imposible, y entonces habría que utilizar la cardio-yeyunostomía, como hizo Schlatter: operación más grave todavía.

De la epidemia de fiebres tifoideas recientemente observada en esta Corte.— El Dr. Ortega Morejón (D. Luis): Tengo la evidencia de que no se ha tratado de una epidemia de fiebres tifoideas, fundándome para ello en la invasión de la enfermedad, curso, sintomatología, pronóstico y terminación, completamente distinto del de la fiebre tifoidea.

Les falta á estos enfermos, para ser tifoideos, el principio lento é insidioso; la ascensión gradual de la fiebre que casi jamás empieza por 40°, constituyendo la excepción lo que aquí es la regla; la falta de saburra, sequedad y fuliginosidades de la lengua, que en los enfermos de ahora está limpia y roja, por descamación epitelial y casi siempre húmeda; les falta el infarto del bazo, pero cuando se presenta es pequeño y más apreciable al tacto que á la percusión. No se aprecia tampoco el gorgoteo en la fosa ilíaca derecha que, siendo fenómeno puramente físico, se manifiesta en los tifoideos por su diarrea, y no en los que me ocupan por su estreñimiento. En ninguno hay petequias, y las epistaxis son muy raras; pero cuando se observan, suelen ir seguidas de alivio en lugar de agravación, por la época de la tifoidea en que se presentan. Los fenómenos respiratorios que en la dotinentería ayudan al diagnóstico, aquí son raros, apreciándose tan sólo una ligera congestión febril. El pulso tampoco suele estar depresible, fenómeno opuesto á lo que ocurre en todas las grandes infecciones desde el principio.

En la tifoidea, la curación es gradual, como su modo de empezar, y en esta otra, consecuente también con su principio, termina con rapidez y, cuando más, vuelve la temperatura á la normal después de grandes oscilaciones durante una semana próximamente.

En mi concepto, se ha tratado de un estado grippal infectivo, de origen intestinal, el cual sólo ha tenido de común con la fiebre tifoidea la duración de la fiebre y el timpanismo abdominal. Esto no quiere decir que no se hayan observado casos de fiebre tifoidea, en su mayor número en la calle de Argensola é inmediatas. El contagio de la fiebre tifoidea no sólo se verifica por el agua en bebida, sino por otros muchos medios como lo acreditan los ejemplos y las teorías de Pettenkofer, Budd, Murchison, Brouardel, Fernet, Chour, etc.

Los partidarios de la espontaneidad, á quienes se objeta con el descubrimiento del bacilo específico de la afección, replican con un argumento más especioso que cierto, diciendo que si Jaccoud y Pasteur han demostrado que los microbios pueden perder ó adquirir la virulencia, ¿por qué no se han de presentar de nuevo las circunstancias que dieron ante la propiedad tífica á un bacilo inofensivo?

Se ha atribuído al *bacterium coli commune*, que se halla habitualmente en la cavidad intestinal, la facultad de transformarse en bacilo tífico; hipótesis que no está comprobada por la observación. El *bacterium coli commune* puede encontrarse en el cuerpo de los tifoideos, como microbio de infección secun-

dario, pero cuando invade aisladamente al hombre, no produce la tifoidea, sino el cólera nostras.

La intervención de los microbios no ha reemplazado las nociones de los clínicos, ni obscurecido la influencia de las estaciones, del medio y de la miseria fisiológica, como predisponentes. En cambio, todavía están bastante embrolladas las cuestiones que se refieren á los estudios bacteriológicos. Los bacteriólogos no conocen el esporo, de modo que no están en posesión del principal elemento del problema, que es la duración de la vitalidad.

Considero como un vicio de razonamiento afirmar, como hacen, la muerte de un germen, porque sembrado en un tubo de gelatina, por ejemplo, no dé manifestaciones de reproducción. Esto nó asegura que, transportado á un intestino y en condiciones favorables, no pueda ser el determinante de una invasión.

Conviene saber que el bacilo tífico no tiene los caracteres invariables que otros microbios. Apenas se conocen las modificaciones morfológicas y biológicas del bacilo de Eberth, y más bien puede discurrirse de él por analogía que por observación directa, pues influyen en su aspecto multitud de circunstancias. Si hay la seguridad de reconocerle cuando está dotado de todos sus caracteres, ciertamente sucede todo lo contrario cuando se halla despojado de alguno de los atributos que se califican de esenciales. Esto há dado lugar á que algunos describan tres variedades, y algunos, como Kitasato, hasta cinco. No se conoce el resultado de la inoculación á un animal muy sensible para aclarar el diagnóstico. De un mismo cadáver de tífico, del bazo, por ejemplo, se obtienen colonias de bacilus que son diferentes entre sí, y hasta el bacilo tífico más normal y más tífico, conservado algún tiempo en cultivos artificiales, modifica sus caracteres de una manera extraordinaria.

Para evitar equivocaciones se aconseja no dar el nombre de bacilos tíficos sino á aquellos que reunan el conjunto morfológico. Así se cometerá el error de no verlo cuando existe y autorizar el uso de un agua que esté infectada, aunque en esto han de proceder con mucha cautela, porque es donde más difícil, ó casi imposible, resulta reconocerlo.

Todas estas dificultades y vacilaciones hacen más firmes á los defensores de la medicina tradicional; atraen á su bandera, y hacen comprender, en este asunto, como para otros, la mucha mayor importancia diagnóstica de la clínica sobre el microscopio. Este tampoco ha servido hasta hoy para advertir la inminencia de una epidemia y, por tanto, no se puede buscar en él el importante papel de la profilaxia, pues cuando el número de víctimas va dejando el luto en las familias, bien se revelan las zonas atacadas, y entonces ya sabemos, antes que lo diga el microscopio, cuál es el agua que no se debe beber, señalada con el elocuente dato de la clínica.

Omitiré el hablar del tratamiento, puesto que no estamos conformes en el concepto de la enfermedad.

El Dr. Hergueta: Se ha creído que todos los casos observados han sido de fiebres tifoideas y yo no lo creo así y hasta niego que haya habido una verdadera epidemia de fiebres tifoideas. A mi juicio el menor número de los casos ha sido de esta enfermedad, y la inmensa mayoría lo han sido de fiebres que calificaré de intestinales. Entre el Hospital y la visita particular, he asis-

tido á unos 40 enfermos de esta clase; en el Hospital he visitado 15, de los cuales ha habido 5 tifoideos y 10 de fiebres intestinales; en la práctica particular he visitado 13 de estas últimas y 6 tifoideas y he concurrido á 6 consultas de fiebre tifoidea. La distribución de estos enfermos por distritos ha sido la siguiente:

Audiencia	4
Hospicio	4
Congreso	7
Inclusa	3
Palacio	2
Universidad	2
Buenavista	15
Centro	1
Procedencia ignorada	2

En el Hospital no murió ningún enfermo ni de fiebre tifoidea, ni de fiebre intestinal. En la práctica particular se curaron los 13 enfermos de fiebres intestinales y de los seis tifoideos murieron dos; de los seis que ví en consulta murieron cinco. En las fiebres intestinales no había fuliginosidades, ni sequedad de la lengua, ni tensión epigástrica, ni timpanización, ni manchas rosáceas, ni petequias, ni infarto del bazo, ni dolor del hígado; la fiebre era intermitente al principio y después remitente; del segundo al tercer septenario se observaba una gran depresión de pulso con disminución del número de latidos, coincidiendo con descenso de la temperatura. Este estado ha durado no sólo dos ó tres septenarios, sino que en algunos enfermos dos ó tres meses. En cambio los tifoideos observados en el otoño pasado, han presentado todos los caracteres de esa enfermedad, unos de forma atáxica y otros de forma ataxo-adinámica, que han sido la mayoría. Esta clase de enfermos suele haberla en Madrid todos los otoños. En esta época ví en la casa numero 12 de la calle de Argensola seis enfermos de fiebre tifoidea, uno en el piso primero, otro en el segundo, cuatro en el tercero y otro en el número 24 de la misma calle. En cambio ví otros en las calles de Génova, Santa Teresa y Hernán Cortés y en el 19 de la calle de Argensola, jóvenes de diez á dieciocho años, que presentaban el cuadro clásico de la fiebre intestinal. No creo que el bacilo coli, por transformaciones especiales, dé lugar á la fiebre tifoidea. En París mismo se observa que en otoño se exacerba la fiebre tifoidea y aquí, durante la época que me ocupa, todo el litoral Cantábrico estaba invadido por esas fiebres intestinales, mezcladas con fiebres tifoideas, de lo cual parece deducirse que la enfermedad obedeció á causas cósmicas generales que favorecían el desarrollo del uno ó del otro bacilo, dando lugar á este ó al otro cuadro clínico. Las formas de la fiebre tifoidea no han ofrecido nada de particular ni de extraordinario, puesto que todo obedecía á causas orgánicas en unos individuos y á causas patogénicas en otros. Parece que las ideas se van reformando en lo que atañe á la patogenia de la fiebre tifoidea y es lo cierto que la infección general explica mejor que la infección intestinal muchas particularidades clínicas y bacteriológicas de la enfermedad. A pesar del análisis, ignoro á qué son debidas las fiebres que nos ocupan y no veo ni un rayo de luz que me ilumine acerca de si la responsabilidad está en las aguas, en el aire ó en la descomposición de las materias putrefactas; en una palabra, acerca de cuál es el medio de cultivo del bacilo de Eberth.—Codina Castellví.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 4 de Mayo de 1900.

Afecciones metastásicas de los ojos.—El Dr. Mansilla: Es más frecuente de lo que se cree la existencia de afecciones sépticas en los ojos, procedentes de alguna infección lejana.

Esta circunstancia justifica la adopción de medidas de precaución, cuando se van á practicar operaciones sobre el globo ocular. Puede encontrarse éste completamente libre de afección alguna séptica, ejecutarse la operación con el mayor rigor aséptico cuanto á las manos y al instrumental, y, sin embargo, sobrevenir una complicación infecciosa en la herida operatoria. Si en este caso examinamos la totalidad del organismo, seguramente encontraremos una afección lejana en el tubo digestivo, en la piel, etc., que ha sido la causa de la complicación ocular.

Por esta razón, antes de operar las cataratas, es indispensable conocer bien el estado general del paciente, para ponerse á cubierto de una autoinfección, posible cuando, estando el individuo con alguna afección séptica, se verifica dicha operación.

Sin necesidad de traumatismo, se presentan á veces en el ojo metastasis muy interesantes para el estudio. Tal sucede con la blenorragia uretral, que, aunque rara vez, produce la iritis aguda. Se ha dudado de la iritis blenorrágica, pero, en nuestro concepto, no hay posibilidad de negarla, dados los hechos tan evidentes como el siguiente caso clínico:

Joven de diecinueve años, adquiere una blenorragia aguda. A los quince días de iniciada, acusa intensos dolores en el ojo derecho y en la región peri-orbitaria. Por el examen que le hicimos comprobamos la existencia de una iritis aguda, que más adelante llegó á presentar hasta hipopión ligero.

Este enfermo no era sifilítico ni presentaba infección alguna de la conjuntiva. La iritis indudablemente era metastásica y producida por la infección blenorrágica.

Otro caso de metastasis ocular es el presentado á la Academia por el socio que suscribe, y publicado en esta Revista el 5 de marzo de 1899, de panoftalmitis de origen uretral.

En fin, las neuritis ópticas, las retino-coroiditis, que muchas veces observamos en el puerperio ó en afecciones sépticas diversas del aparato genital de la mujer, son verdaderas metastasis que han ido á presentarse en el ojo como en otra parte cualquiera del orgamismo.

Poco sabemos hoy acerca de la génesis de las lesiones metastásicas en general y de las que interesan á los ojos en particular; pero es indudable que por el intermedio de la sangre son transportados gérmenes sépticos ó productos elaborados por éstos, hasta el punto donde la metastasis aparece. Sin duda, ciertas toxinas, llevadas á un punto del organismo, son las que originan la afección metastásica.

Por lo que se refiere á la iritis blenorrágica, se ha buscado en los exudados purulentos de la cámara anterior los gonococos, y hasta ahora no han sido encontrados. Acaso no existan, ó solamente en un número tan escaso,

que sea imposible demostrarlos. Lo mismo ha sucedido con la artritis blenorrágica, enfermedad ligada indudablemente con la blenorragia, y en la cual no se han visto los gonococos.

El Dr. Sanz Blanco: Como las enfermedades conjuntivales y de la córnea son tan numerosas en nuestras clínicas, y las causas á que obedecen son tan varias, nunca me he parado á observar si en las épocas de epidemia de grippe ha existido mayor número de enfermos con afecciones externas del ojo; por lo tanto, sin dejar de comprender que el bacilo de Pfeiffer puede determinar conjuntivitis, queratitis específicas, etc., no puedo aportar datos que apoyen estas opiniones por faltarme observaciones directas; habiéndose presentado la *influenza* en el período del año en que por las bajas temperaturas las afecciones catarrales de la conjuntiva, y como consecuencia de éstas ó de un modo independiente las de la córnea, son más frecuentes, ni me ha extrañado el que hayan abundado en la época citada, ni he empleado en ellas otro tratamiento que el corriente en estas enfermedades, pero en lo que al fondo del ojo se refiere, ya es distinto: tengo en la actualidad, una enferma diagnosticada de neuritis óptica, en la que los comienzos de su enfermedad se presentaron en la convalecencia de una fiebre grippal que la obligó á guardar cama unos quince días, y según el dictamen del médico que me la recomendó (que fué el que la asistió), los fenómenos que más predominaron durante ese tiempo, fueron de obtusión cerebral y depresión nerviosa: ahora bien, como las neuritis ópticas, y si son retrobulbares con doble motivo, son siempre consecutivas á estados patológicos de otros órganos y sistemas, y en esta enferma que no era alcohólica, ni sifilítica, la infección grippal estaba tan reciente, pienso yo si la neuritis óptica doble en este caso será consecutiva á la acción del bacilo de Pfeiffer sobre los centros nerviosos.

PERIÓDICOS

Un caso de apendicitis. — Publica el Dr. F. Lázaro, en la *Medicina y Farmacia*, de Burgos, el caso siguiente:

El éxito obtenido sin intervención quirúrgica, suceso repetido en gran número de casos observados por muchos médicos y que prestando sólido apoyo al *oportunismo*, viene á demostrar que aquel precepto que á la intervención *inmediata* se refiere, no debe, cuando menos, generalizarse hasta el límite que actualmente pretenden muchos.

D. Andrés Herrera Bárcena, de treinta y siete años de edad, temperamento nervioso, buena salud habitual, sin antecedentes patológicos y vecino de Villadiego, siente un ligero malestar gastro-intestinal; los trastornos que le molestaban reducíanse á inapetencia, ligero estreñimiento, algo de tensión abdominal y malestar general vago é indefinido; sin conceptuarse enfermo ni llamar al médico, limitóse á someterse á un régimen dietético severo en consonancia con la pérdida del apetito y el estado de *ocupación de estómago* que se atribuía.

A los dos días, acentuóse el malestar, cuyo efecto fué atribuído por el enfermo á la acción de un enfriamiento. En la misma noche sobrevino el verdadero *ataque apendicular*; violento dolor abdominal, vómitos alimenticios y biliosos, estreñimiento y peritonismo; el ataque había sido tan brutal, tan intenso y de pricipio tan rápido é insólito, que podía simular el de un cólico biliar, si la falta del punto epigástrico con irradiación ascendente y la completa ausencia de todo indicio de pigmento biliar en las orinas, no hubiera esclarecido prontamente esta parte del diagnóstico, así como la perfecta permeabilidad del tubo intestinal, demostrada con un laxante ligero, y la naturaleza de los vómitos alejó toda idea de obstrucción intestinal.

Después de algunas horas de gran tortura, cedió el ataque, merced á los acertados medios puestos en práctica, si bien persistiendo los vómitos, la tensión abdominal y el estreñimiento, síntomas que se asociaron á un estado general un tanto inquietante.

Vió por primera vez al enfermo á las treinta horas después de estallar los signos alarmantes de su enfermedad y pudo apreciar el cuadro clínico siguiente: La temperatura elevábase muy ligeramente sobre la normal, contrastando con notable aceleración del pulso (disociación); lengua seca y recubierta de una delgada capa de saburra de color blanco sucio; anorexia, sed moderada, ausencia de todo signo torácico y hepático; vientre timpanizado y algo doloroso á la presión suave, sin que existieran el síntoma de Vahl ni el signo de Federici; dolor perfectamente localizado en el punto de Mac-Burney y que se exacerbaba por la sola presión con el pulpejo de un dedo; hiperestesia cutánea con notabilísima defensa muscular provocada al frotar rápidamente con la punta de un lapiz la región correspondiente á la zona del apéndice; en la fosa ilíaca derecha apreciábase con cierta dificultad una pastosidad profunda, mal limitada, extendida por encima del ligamento de Poupart hacia arriba y afuera; tumefacción muy poco visible de la región indicada y, finalmente, sonido submate sólo apreciable por una percusión superficial y ligera, contrastando en el sonido general del abdomen: el tacto rectal y el examen bimanual recto-abdominal no proporcionaron en este caso particular el menor dato, la orina era escasa y de color subido, existía azoturia y la urotoxia se encontró elevada.

El síndrome expuesto no le permitió dudar un momento, de que se trataba de apendicitis en un apéndice de tipo descendente, el llamado hasta hace pocos años *cólico apendicular* había terminado, y no observando síntoma alguno de peritonitis sino tan sólo un moderado peritonismo, no revelando el estado general una infección amenazante y no pudiendo en fin señalar la presencia del verdadero absceso apendicítico, se decidió el Dr. Lázaro á esperar, instituyendo el tratamiento farmacológico, confirmación del que con acierto se venía empleando, si bien dejando preparado en sus menores detalles todo lo necesario para la intervención quirúrgica en momento *oportuno*, si éste se presentaba como podía fundadamente suponerse.

Cuatro días después, halló aminorado el peritonismo y mejorado el estado general, si bien más localizados, más puros los signos apendiculares, convino en continuar el tratamiento anteriormente instituído (reposo absoluto, cucharadas de leche con Vichy, desinfección intestinal y hielo sobre la región del apéndice), aplazando nuevamente la proyectada intervención operatoria.

Pudo observar la gradual y lenta desaparición de los síntomas generales y locales, hasta que últimamente y después de poco más de mes y medio de tratamiento, renació el apetito, inicióse la normalidad de las funciones digestivas, desapareció la pastosidad de la fosa iliaca, y nuestro cliente, entregado actualmente á una vida metodizada, puede conceptuarse totalmente curado.

¿Debe sin embargo suponerse exento de nuevos ataques de apendicitis? El tiempo lo dirá. De todos modos una crisis seria y peligrosa pudo felizmente conjurarse sin intervención cruenta, y no es dudoso que así como en la otitis media por obstrucción de la trompa de Eustaquio la ulterior permeabilidad de este conducto, asegura la inocuidad microbiana, del mismo modo los sucesivos cuidados intestinales, puedan evitar á nuestro enfermo de hoy nuevos ataques.

Dos enseñanzas encierra el caso actual : afianzar su adhesión á la doctrina de la oportunidad operatoria en éste, como en toda clase de padecimientos susceptibles de terapéutica quirúrgica y contribuir á facilitar algunos puntos de vista, que sumados á los recogidos en otros varios casos de apendicitis que ha tenido ocasión de observar, puedan contribuir hasta cierto punto á facilitarle la ansiada pauta que haya de decidir su conducta en presencia de enfermos de esta índole.

El Dr. Lázaro deduce de estos hechos las siguientes conclusiones :

1.ª La apendicitis puede curar y de hecho cura algunas veces sin necesidad de llevar á cabo la resección del apéndice : esta es una cuestión de *cantidad* y *calidad* ; de cantidad en cuanto á la intensidad, y de calidad en cuanto á la naturaleza de las lesiones de que es asiento el vermium y al poder infectivo é infectante de los microbios, cuya virulencia se activa ó exalta en la cavidad cerrada.

2.ª Tres indicaciones capitales hacen indispensable la intervención inmediata, cuales son ; *a*) la presencia de un absceso apendicular : *b*) el inminente peligro de la peritonitis por propagación flegmásica ó por perforación intestinal, basado en la existencia de datos positivos que hagan presumir el inevitable desarrollo de esta complicación.

3.ª El fundado temor de las infecciones secundarias (sobre el peritoneo, hígado, pleura, pulmón, etc.) ó de una infección generalizada.

Fuera de estos tres grupos de indicaciones, cree que el práctico de conciencia, ante un ataque de apendicitis de mediana intensidad, está plenamente autorizado para instituir el tratamiento farmacológico y esperar.

Bocio quístico.—El caso clínico que refiere el Dr. E. Pedraza en la *Revista de Sanidad Militar*, recayó en la enferma Bruna A., de treinta y ocho años de edad, soltera, de constitución fuerte. En los primeros días de mayo del año actual, tenía una tumoración irregular, situada en la región antero-lateral izquierda del cuello, dirigida de arriba á bajo, de atrás adelante y un poco de fuera adentro, extendida desde un centímetro más abajo del ángulo de la mandíbula hasta un través de dedo por fuera de la articulación esterno-clavicular izquierda ; medía 9 centímetros de largo por 6 de ancho, y próximamente unos 5 de profundidad ; su superficie no era completamente lisa, presentaba algunas depresiones y rugosidades, gozaba de poca movilidad, manteniendo algunas adheren-

cias con el plano superficial y con los laterales; sus relaciones con el recurrente eran estrechas, á juzgar por la voz algo enronquecida; al hacer la deglución se movía el tumor con la tráquea, notándose perfectamente su movimiento ascensional, y al colocar los dedos á los lados de la tráquea se apreciaba el choqué del tumor al descender; á pesar de la renitencia, se comprobaba una ligera fluctuación, señal inequívoca de que era tumor líquido y pauciloculer, porque la onda se sentía en toda su masa. No había que pensar en los tumores fluctuantes, pulsátiles ó no; en cambio, los ganglios tuberculosos reblandecidos adheridos á la tráquea, que participan de los movimientos de ésta, podían presentar alguna dificultad por ofrecer cierta identidad con los bocios quísticos; pero estos tumores son, en primer lugar, muy raros, dejan rastros en la economía, infartos tonsilares, ganglios en el mismo lado y en el opuesto, algún punto de adherencia ó enrojecimiento de la piel, la superficie no presenta la renitencia del bocio, y, por último, el estado general se halla más afectado en el tuberculoso que en el afectado de bocio.

Se diagnosticó de *bocio quístico unilocular*. Interrogando á la enferma, manifestó que las únicas enfermedades que ha padecido son: las viruelas, de niña; un eczema en las manos hace ocho años, y otro eczema en las piernas, que le brotó en noviembre del año anterior y curó en enero de éste; en el mes de febrero notó la presencia de un tumorcito como una avellana en la parte inferior del lado izquierdo del cuello, que no le dolía ni causaba molestia alguna; aumentaba de volumen durante las reglas, y permanecía estacionado en el período intermenstrual, para aumentar nuevamente al aparecer el flujo catamenial, continuando su crecimiento en esa forma, hasta alcanzar las dimensiones actuales; á medida que iba aumentando, las molestias se iban acentuando, sobre todo de noche, causándole dificultad en la deglución, sueños agitados, dolores de cabeza, la vista fatigada, por lo que apenas podía coser, dolores en el oído izquierdo y respiración alterada; en los últimos días, estos síntomas se recrudecieron, presentándose la voz ronca y un malestar general, que obligó á la operación, practicada por el Dr. Semprun.

Preparados el material é instrumental, y desinfectada la enferma, procedióse al acto operatorio, previa cloroformización; hizo una incisión curvilínea de 11 centímetros de extensión, siguiendo el eje mayor del tumor y contorneando el borde anterior del músculo esterno-cleido-mastoideo, que interesó todas las capas hasta la aponeurosis cervical media, evitando lesionar la yugular anterior superficial y la externa, que fueron separadas del campo quirúrgico; la aponeurosis superficial fué incindida lo mismo que la media, separando con los dedos los músculos esterno-cleido-mastoideo hacia fuera, y los esterno-hioideo y tiroideo hacia adentro; estos músculos se hallaban bastante adelgazados y adheridos al tumor; se hizo esta desimplantación y además seccionó transversalmente algunas fibras del esterno-hioideo y del haz esternal del cleido-mastoideo; la yugular anterior profunda se respetó, y seguidamente ligó la tiroidea superior, la vena ima y la arteria tiroidea inferior, dividió la cápsula exterior del bocio, y al dislocar el tumor tuvo mucho cuidado con el nervio recurrente, con quien mantenía estrechas relaciones en las inmediaciones de la tiroidea inferior, y que amenazaba á cada movimiento la respiración de la enferma; la arteria carótida se hallaba por fuera y con un grosor extraordinario, como el dedo meñique, igual desarrollo tenía la yugular interna;

una vez aislado el quiste, para lo cual se hizo más uso del dedo que de los instrumentos, se vió claramente que interesaba todo el lóbulo izquierdo y parte del istmo; con un bisturí le incindió y salió un líquido obscuro, coloideo; se formó un pedículo ligándole con seda por transfisión y en masa, se seccionó con la tijera, y la superficie fué tocada con el termo-cauterio; bien lavada la región, se suturó el esterno cleido-mastoideo y el esterno-tiroideo; los hilos, juntos con un desagüe de gasa, se colocaron en la parte inferior de la herida; por encima del plano muscular se estableció otro desagüe con gasa, y todo se cubrió con la piel suturada en casi toda su extensión.

Interviniendo de este modo, el tumor fué atacado rápidamente, no hubo hemorragia alguna, el campo operatorio era amplio y se sacrificó muy poco, pues el dedo se encargaba de aislar el quiste y de darse cuenta exacta de todo cuanto ocurriera en el sitio cruento. El curso de la operada ha sido muy halagüeño, á los tres días se le quitaron los desagües; á los diez, los puntos de sutura; la disfonía post-operatoria le duró cinco días, á partir de los cuales fué la voz aclarándose cada día más: la disfagia duró sólo un día: desapareció primero para los alimentos sólidos, y luego para los líquidos; la apirexia ha sido completa; la cicatriz de la incisión ha quedado reducida á una simple línea de pequeñísimo espesor, y en la actualidad sólo le queda un pequeño orificio, por el que salen dos hilos de la sutura del pedículo, y que tardarán pocos días en caer; la asepsia ha sido llevada con escrupulosidad en las curas, y á eso se debe el que no se haya infectado un sólo punto de la sutura, ni un sólo hilo del pedículo, ni producido una sola gota de pus.

Este caso se presta á algunas consideraciones, pero tan sólo se ocupa de dos; dada la lesión que es, su desarrollo verificado con alguna rapidez, y la tendencia á invadir el mediastino, el tratamiento que se impone sin pérdida de tiempo es el quirúrgico; y la operación debe verificarse con prontitud, aparte de que el acto operatorio será más embarazoso á medida que las adherencias y los cambios de relaciones sean mayores.

Procediendo de la manera como lo hace el Dr. Semprun, se evitan las yugulares, la cantidad de sangre derramada es pequeñísima, se llega á la aponeurosis media sin causar apenas infiltración sanguínea en el tejido celular, por lo que se evita ese inconveniente, que enmascara los diferentes planos de la región; obrando de ese modo, se llega al tumor con rapidez, sin pérdidas sanguíneas, limpio el campo, sin pinzas de Pean, en disposición buena de atacar y proceder á las ligaduras arteriales y venosas, y poder con relativa facilidad distinguir y no englobar en la ligadura al nervio recurrente.

Esta incisión no es obligada para todos los bocios; varía según el desarrollo y la forma que afecte; lo que aquí importa es buscar una incisión que no tan sólo proporcione una abertura amplia, lo suficiente para enuclear el tumor, sino que también evite las hemorragias. La incisión que recomienda el doctor Semprun se acerca mucho á la que recomendaba Reverdin. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesion del dia 17 *de Julio de* 1900.

Envenenamientos no profesionales por la anilina. — Los Dres. Landouzy y Brouardel: El fundamento de este estudio es la observación de los accidentes observados en 10 niños; éstos presentaron de repente en plena salud síntomas graves: apatía, enfriamiento, color asfíxico (cianosis) pocas horas después de haberse calzado botinas amarillas teñidas recientemente con una tintura amarilla. Estos accidentes se presentaron en dos casos en la estación cálida. Los accidentes se atribuyeron á la tintura con que se tiñó el calzado.

El análisis de esta tintura demostró que contenía 92 por 100 de anilina y 8 por 100 de colores derivados de la hulla; nada de arsénico. Nuestras investigaciones experimentales prueban que la anilina era el agente nocivo. Experimentamos en conejillos de Indias y en conejos jóvenes, una preparación de 92 por 100 de anilina en agua destilada, empleándola en ingestión, inoculación, inhalación y principalmente en aplicación sobre la piel pelada, á temperaturas superiores á 28° durante largo tiempo y sobre superficies idénticas á las que estuvieron en contacto las botas sobre la piel de los niños. Se observaron metahemoglobinuria, disminución rápida de los glóbulos rojos y en dos casos hemoglobinuria.

Estos hechos merecen llamar la atención desde el punto de vista de la toxicología, de la nosografía y de la higiene.

Anestesia obstétrica por inyecciones de cocaína en la aracnoides lumbar.— El Dr. Doléris: En cinco parturientas, en las que la anestesia general estaba indicada por la exageración del dolor, hemos ensayado las inyecciones de cocaína en la cavidad aracnoidea, á la dosis de 1 á 2 centígrados. Hicieron cesar los dolores provocados por las contracciones uterinas. La analgesia obtenida así, duró de hora y media á dos horas. Después, las contracciones fueron más enérgicas, más frecuentes y más largas. En su intervalo, el útero quedó en estado de semitensión durante un tiempo variable. Es prudente, por lo tanto, hasta obtener nuevos datos, no usar la anestesia cocaínica cuando pueda ser necesaria la anestesia obstétrica. La pérdida de sangre me pareció menos abundante que de ordinario en las cinco mujeres sometidas á este procedimiento de anestesia. La acción de las inyecciones sobre el feto, fué nula.

La analgesia local por la dionina como sustituto de la inyección de morfina en oftalmología.—El Dr. Darier: En una comunicación anterior indiqué la posibilidad de calmar de un modo rápido y duradero los dolores oculares, profundos y rebeldes, producidos por el glaucoma, las iritis, etc. Las observa-

ciones que cité en apoyo de mi tesis eran poco numerosas, pero fehacientes. Después de cuatro meses de experimentación y de observación escrupulosa, creo tener derecho para afirmar hoy que la terapéutica ocular ha hecho con la dionina una adquisición utilísima.

Los numerosos enfermos que he asistido últimamente han obtenido grandes resultados con este nuevo medicamento. Raros han sido los rebeldes á la acción analgésica profunda de la dionina.

Entre ellos ha llamado mi atención un caso : el enfermo padecía iritis reumática con crisis nocturnas violentas ; las aplicaciones de dionina durante mi consulta, no pudieron evitar las crisis vespertinas, que sólo se calmaban con las inyecciones de morfina ; prescribí entonces al enfermo un colirio de dionina al 5 por 100 para instilar en el momento de las crisis dolorosas. Desde entonces el enfermo, que se había habituado á la morfina, pudo pasarse sin este analgésico peligroso. Me afirmo que las instilaciones de dionina calmaban los dolores antes que las inyecciones de morfina, y que el período de analgesia era algo más largo. Consideré al principio á este enfermo como refractario á la dionina, porque en la mayor parte de los casos puede prometerse de una manera casi infalible que el dolor cesará por veinticuatro horas cuando menos después de una sola aplicación de este medicamento.

¡Qué medicación, excepto las inyecciones de morfina, es capaz de dar al médico y al enfermo semejante seguridad! Y esto sin temor á más complicación que algo de enrojecimiento y edema de la conjuntiva. La dionina no sólo produce analgesia profunda y prolongada, sino que ejerce una acción favorabilísima sobre el proceso morboso ; facilita la dilatación pupilar cuando tarda en producirse bajo la acción de la atropina, activa la resolución de los exudados pupilares y disminuye la tensión en los casos de glaucoma.

Podemos afirmar, por lo tanto, que poseemos hoy en la dionina un agente capaz de sustituir en muchos casos á la morfina cuando se trata de calmar los dolores oculares profundos. La aplicación local de este medicamento en colirio al 5 por 100 produce una analgesia profunda y duradera que puede prolongarse repitiendo las instilaciones.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesiones de los días 11 *y* 18 *de Júlio de* 1900.

De la asepsia operatoria. — El Dr. Delbet : He verificado recientemente algunos experimentos acerca de la esterilización de la piel del abdomen y de las manos. Los primeros han correspondido al abdomen de cuatro enfermos que iba á laparotomizar. En un caso los tubos han cultivado ; pero en los otros tres han sido estériles. Por lo que atañe á las manos, he hecho otros siete experimentos semejantes á los que ya he comunicado, y todos los tubos han sido estériles, de lo cual puede concluirse la posibilidad de la esterilización de las manos. En cinco casos se ha investigado si continuaban asépticas mucho tiempo durante el curso de las operaciones, y cuatro veces se han obtenido cultivos (estafilococus blancos y sarcinas). En cuanto

á determinar el origen de estos micro-organismos, hemos podido ver que no procedían de la piel; por lo tanto, procederían del aire.

El Dr. Lucas-Championnière: Es indudable que se ha de procurar tener las manos lo más asépticas posible, y para ello no conozco nada mejor que lavarse bien con jabón. Continúo fiel á la práctica de la antisepsia y á las soluciones al 2 y medio y al 5 por 100 de ácido fénico, que es muy superior al sublimado. Hasta hoy día no tengo ninguna prueba de haber infectado una herida con mis manos, á menudo mojadas en la solución fenicada durante la operación. La cuestión de los hilos tiene muchísima importancia; no se debe emplear más que el catgut, cuya idea defiendo desde hace muchos años. No se me ha probado todavía que un cirujano con guantes obtenga mejores resultados que uno que se sirva de los antisépticos. No participo de la opinión de los que desean salas distintas para los enfermos supurantes; los que debieran separarse de nuestras salas son los cancerosos con ulceración infectada y los enfermos de antrax y de erisipela.

Del cateterismo ureteral. — El Dr. Pousson: En ninguno de mis enfermos operados por tuberculosis renal he verificado el cateterismo del ureter, y todos han sobrevivido. No obstante, lejos está de mi ánimo negar la utilidad del cateterismo del ureter, que considero como el medio más fácil para determinar el valor funcional y el estado anatómico del único riñón destinado á asegurar la depuración sanguínea después de la operación. Lo que conviene conocer bien es el estado anatómico, puesto que la función puede estar alterada merced á la influencia del riñón enfermo; sólo la presencia de epitelios alterados, cilindros, microbios, etc., indicará la necesidad de desechar definitiva ó temporalmente la nefrectomía. Por lo tanto, el cateterismo del ureter no sólo debe emplearse con el objeto de evitar una catástrofe después de la operación, por quedar un riñón enfermo, sino que debe servir como salvaguardia de la integridad del riñón opuesto.

Tuberculosis primitiva de la sinovial de la rodilla. — El Dr. Potherat: Se trata de una religiosa de treinta y siete años, que padecía de la rodilla derecha desde hacía un año, y en los meses últimos se había puesto tumefacta la región, haciendo una prominencia en el lado externo del volumen de una naranja mandarina, dura é indolente. Aunque provocaba vivos dolores, no tenía los caracteres de una lesión tuberculosa ó sifilítica; era de suponer un cuerpo extraño con abundante hidartrosis. La abertura de la articulación dió salida á serosidad casi clara, y permitió ver que los cartílagos estaban intactos, lo propio que la sinovial, excepto en su parte reflejada que estaba confundida con el tumor externo. Por debajo del tendón del triceps había otros dos tumores mucho más pequeños. Hice la ablación de todos estos tumores, y la enferma recobró todos los movimientos de su articulación. El examen histológico ha revelado la naturaleza tuberculosa del tumor.

Casos de apendicitis con complicación. — El Dr. Kirmisson: El primero de estos casos, comunicado por el Dr. Veron, se refiere á un joven operado sesenta horas después del principio de los accidentes agudos de apendicitis; no se encontró el apéndice. A los tres días el enfermo tuvo, de un modo súbito, fenómenos graves, incluso hipotermia, y murió en muy pocas horas. A la autopsia se encontró una peritonitis generalizada y una concreción fecal en el apéndice envuelto por falsas membranas y oculto detrás de una masa

epiplóica. Hace algún tiempo comuniqué un caso de absceso á distancia con pleuresía, de origen apendicular. Hace algunos días he observado un absceso de la región lumbar, en comunicación con un foco purulento infectado del riñón consecutivo á la apendicitis. La segunda observación del Dr. Ver... atañe á las adherencias que encontró en un hombre operado después de cuatro crisis sucesivas de apendicitis. En otra observación del Dr. Damas, fué extirpado el epiploón y el apéndice, muy voluminosos, y se encontró una perforación del ciego. Como complicación excepcional, he observado hace quince días una hemorragia fulminante, provocada por la rotura de la vena ilíaca en un hombre que había operado recientemente. En otros dos casos, he visto morir á los operados á consecuencia de hemorragias sépticas. También pueden observarse hematemesis, y recientemente se han publicado seis casos en una tesis.

El Dr. Delbet: Recuerdo un hombre de sesenta y cinco años, que operé por accidentes de apendicitis, que al tercer día tuvo una ligera hematemesis, y que al cuarto tuvo otra fulminante.

El Dr. Broca: También he observado hematemesis en dos enfermos que he operado; pero recuerdo que en un operado de talla, pude observar del mismo modo una hematemesis, de la que sucumbió.

Aneurisma difuso de la arteria ilíaca externa. — El Dr. Routier: He observado este aneurisma en un hombre de sesenta y cuatro años, que había gozado buena salud hasta 1898. Entonces tuvo incontinencia de orina, cuya causa quedó desconocida, y desde hace un año acusa dolores en la articulación sacro-ilíaca acompañados de edema imputado á la flebitis del miembro inferior. Ultimamente aumentaron dichos dolores, y apareció un tumor en la fosa ilíaca con los caracteres de un aneurisma. Hice la laparotomía; ligué la arteria ilíaca externa y la femoral, extirpé una masa ganglionar enorme, y taponé, después de colocar dos pinzas permanentes, una vez hube limpiado el saco; al noveno día hubo una eventración; la reduje, y al día siguiente aparecieron accidentes tetaniformes, y el enfermo murió sin haber tenido ninguna elevación de temperatura.

El Dr. Tillaux: Este caso me recuerda un enfermo, en el que practiqué una ligadura semejante de la arteria ilíaca externa y de la femoral por una varix aneurismática. Al octavo día tuvo iguales accidentes tetaniformes, y murió.

Enucleación de los fibromas con conservación del útero. — El Dr. Tuffier: Esta enucleación de los fibromas me parece preferible en muchos casos á la histerectomía total, aunque algunas veces sea de una ejecución bastante difícil. La he practicado quince veces con catorce éxitos, por fibromas no pediculados. Es necesario hacer de antemano una dilatación y una limpieza de la cavidad uterina; una vez abierto el abdomen, se incinde el útero por la línea media, línea avascular, y se buscan el ó los fibromas, que se extirpan de dentro á afuera. Si no ha sido abierta la cavidad uterina, son suficientes las suturas sin desagüe; en el caso contrario, es necesario desaguar, y algunas veces abrir el fondo de saco de Douglas. Como contraindicaciones á la enucleación, citaré la multiplicidad de los fibromas, su esfacelo y la edad avanzada de la enferma. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 28 *de Junio de* 1900.

De las dispepsias. — El Dr. Robin : Debe tenerse gran cuidado en diferenciar la dilatación del estómago de las distensiones que son fenómenos transitorios ; la primera es rara, y la segunda es más frecuente. La terapéutica del éxtasis gástrico debe ser la terapéutica de las causas determinantes de dicho éxtasis. Realmente se ha abusado del régimen seco en el tratamiento del éxtasis gástrico y de la dilatación. La polifarmacia que aconsejo no es un arma peligrosa en manos de los prácticos, como aquí se ha dicho. En cambio, los antisépticos administrados á altas dosis se oponen á la elaboración normal de los alimentos. Su defecto no consiste sólo en que son antisépticos, sino que se acumulan bajo forma de cálculos en el estómago ó en el intestino, provocando accidentes de obstrucción intestinal que han obligado á practicar la laparotomía, como se han citado casos en la Academia de Medicina. Si se dan á débiles dosis, los antisépticos no tienen ninguna acción sobre las fermentaciones ; al contrario de lo que podría suponerse, más bien podrían aumentarlas. Nada autoriza á admitir las toxinas de que aquí se ha hablado. Yo he podido, *in vitro*, fabricar toxinas que provocaban los mismos efectos que las que se habían extraído del estómago de ciertas enfermas.

El Dr. Mathieu : No conozco ninguna clasificación buena de las dispepsias ; pero, para la facilidad de la exposición y de la discusión, divido en tres secciones los fenómenos de las dispepsias, según que la alteración funcional interese principalmente el sistema nervioso, la secreción ó el aparato motor. Por lo que se refiere á la secreción, obtengo excelentes resultados en los hipoclorhídricos con la gasterina de Frémont. En cuanto á la motricidad, sus alteraciones son de las más importantes. El combatir el éxtasis gástrico es una de las principales indicaciones que se debe cumplir en materia de terapéutica gástrica. Conviene, sin embargo, tener en cuenta, que en el intestino se verifican fenómenos de compensación que pueden corregir de un modo más ó menos completo la digestión de un estómago cuyas funciones son defectuosas.

Amasamiento pneumático. — El Dr. Breuillard : Para ello empleo una ampolla resistente de cauchut, como si fuera una ventosa, que se coge con la mano y en la que se hace constantemente el vacío por medio de un tubo que la pone en comunicación con una máquina pneumática que la mueve el operador valiéndose de los piés. Tan pronto se pone la pera en contacto con la piel, ésta es atraída y se puede tirar de ella y repetir la operación, desde la cabeza á los piés, con una fuerza de 15 á 20 kilogramos. El aparato produce una sensación comparable con la faradización y provoca efectos muy superiores, en energía y duración, á la reacción debida á la hidroterapia. Es muy posible que mi aparato obre por tracción y elongación de los nervios de la piel. Con él se consiguen todas las ventajas del amasamiento y de la hidroterapia, despojándose de sus inconvenientes (fatiga y refrigeración). El amasamiento pneumático se practica fácilmente por el médico y se obtienen muy buenos efectos en unos cinco minutos. — Codina Castellví.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesión del dia 14 *de Junio de* 1900.

Indicaciones para la extirpación de los apéndices uterinos.—El Dr. Macnaughton Jones dijo, que hay unanimidad de opinión respecto á la necesidad de extirpar los apéndices en el caso : 1.°, de enfermedad de la trompa—supurada, quística ó de otro género—que altera su integridad y oblitera su luz ; 2.°, en los quistes sanguíneos de los ovarios y de las trompas ; 3.°, en los tumores sólidos del ovario ; 4.°, en la mayor parte de los casos de gestación ectópica. Como en casi todas las enfermas que padecen trastornos reflejos y nerviosos graves, presentan ó no alteraciones importantes en los órganos genitales, se ha observado que las lesiones patológicas de las trompas y de los ovarios, aunque de índole benigna á primera vista, son de carácter grave, é incurable, es conveniente extirpar estos órganos. Respecto al problema general de extirpar por completo ó parcialmente los órganos genitales internos, debe recurrirse á la extirpación completa : 1.°, cuando se han ensayado sin éxito otros medios terapéuticos y la extirpación incompleta es peligrosa para la enferma directa ó indirectamente ; 2.°, cuando el peligro de la operación es menor que el de la no intervención.

El Dr. C. H. F. Routh cree que no conviene extirpar los apéndices uterinos sea la inflamación supurada ó no. En el primer caso aconseja la aspiración del absceso seguida de la inyeccion de iodo.

El Dr. G. Elder manifestó que cuando Lawson Tait aconsejó extirpar los ovarios y las trompas en las lesiones inflamatorias, dió un paso adelante sobre los métodos anteriores ; es indudable que después se han extirpado muchos ovarios y trompas que deberían haberse conservado. Se ha vuelto á estudiar este asunto, porque en algunos casos el dolor no ha mejorado después de extirparse los apéndices. En los casos dudosos acostumbra á reconocer á la enferma anestesiada, y, si es necesario, hace una incisión exploradora y procede á extirpar ó no los apéndices según el estado en que se hallen.

El Dr. J. Bland-Sutton dijo, que desde el principio de su carrera quirúrgica había seguido la regla siguiente : no extirpar los ovarios ni las trompas excepto cuando existen pruebas innegables de alteración de su estructura. La experiencia le ha enseñado después á limitar la extirpación de las trompas y de los ovarios á dos clases de lesiones únicamente : inflamatorias y embarazo tubario. Incluye entre las lesiones de los apéndices uterinos, la salpingitis crónica, la pio-salpingitis, la hidro-salpingitis y la salpingitis tuberculosa. Estas son las lesiones que exigen con más frecuencia la oöforectomía doble. Jamás ha practicado esta operación para curar los estados nerviosos y no aconseja extirpar los ovarios en las enfermas de dismenorrea, si no hay signos físicos evidentes. No está de acuerdo con el doctor Lawrie, en extirpar los ovarios para corregir los fibroides ; pero practicar la oöforectomía doble contra el cáncer mamario, es ir contra los principios de la cirugía. En 92 casos de oöforectomía abdominal por lesiones inflamatorias y gestación tubaria operados en el Chelsea Hospital de mujeres,

no ha perdido una enferma el Dr. Bland-Sutton. Este resultado es debido á la asepsia, á la supresión de las irrigaciones y á la sustitución del tubo de desagüe por una tira de gasa esterilizada.

El Dr. Bowreman Jessett dijo, que se había comprendido mal la actitud del Dr. Lawrie; se ha supuesto que aconseja la operación en todos los casos cuando la limita sólo á aquellas enfermas en las que son ineficaces los demás medios. El Dr. Mary Dixson Jones ha demostrado que muchas veces los ovarios no están aumentados de volumen y, sin embargo, están muy enfermos.

El Dr. Skene Keith manifestó que no cree conveniente extirpar los ovarios de la mujer en perfecto estado de salud. En ciertos casos de los que no se ha hecho mención, el ovario parece sano en la superficie, pero al dividirlo se encuentra una cápsula gruesa casi tan dura como el cartílago. Cada ovulación tiene que ser necesariamente muy dolorosa y las enfermas enflaquecen. Si el estado general no se ha alterado, no es tiempo de operar.

El Dr. F. Edge dijo, que cuando los métodos conservadores fracasan y muchas veces cuando es ineficaz la extirpación de los apéndices, existen lesiones del útero y de otros tejidos pelvianos y es preciso extirpar el útero y sus apéndices, ó emplear el tratamiento medicinal. En los casos blenorrágicos se extirpan los apéndices y no se emplea el método conservador; pero el Dr. Taylor ha demostrado que muchos de estos casos son sifilíticos y deben tratarse por los medios específicos.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 4 de Julio de 1900.

Carcinoma múltiple.—El Dr. Lassar: Aquí presento un sujeto de veinticinco años que tiene un gran número de cánceres en la cara. Este individuo pertenece á una familia donde la herencia patológica se manifiesta con caracteres poco comunes. Sus miembros presentan una impresionabilidad y debilidad de los tejidos, por virtud de las cuales aparecen primeramente formaciones pigmentarias que se convierten en atrofias de la piel; luego se desarrollan angiomas pequeños, y en una edad más avanzada aparecen los tumores típicos, sobre todo en las partes expuestas á la luz solar. Hace siete años presentó mi ayudante el Dr. Schültze otro individuo de esta familia á esta misma Sociedad; el enfermo actual es hermano de dicho sujeto, que falleció de entonces acá. En este tiempo se ha casado otra hermana que padece xerosis pigmentosa y tumores, sin que el matrimonio haya agravado su estado. En cambio, en los demás hermanos se han desarrollado con el tiempo carcinomas.

El hombre petrificado.—El Dr. R. Virchow: En el año de 1894 traje al mismo sujeto que hoy comparece y que presentaba entonces exóstosis generalizadas; al mismo tiempo presenté un hueso que Rudolphi había extirpado de la fascia lata y que procedía de la colección anatomo-patológica del Museo. En el enfermo actual, desde la época anterior se ha venido agravando

el proceso en varios conceptos; el dedo gordo del pié izquierdo se ha dividido, demostrando la radiografía que en tal división se trata de una formación accesoria, pero las dos partes están tan inmediatas, que presentan el mismo aspecto que si se tratara de dos miembros. En vista de los resultados que han dado las investigaciones modernas acerca de la acromegalia, vengo á deducir que en este caso se trata de un estado análogo. Como prueba, aquí presento un caso reciente de acromegalia del pié. Las lesiones que en este caso se observan, no sólo afectan á los dedos, sino también á casi todos los huesos del cuerpo. Yo creo que en la acromegalia se trata también de una diátesis osificante, que donde más se acentúa es en los huesos mismos, pero que también se manifiesta al lado de ellos, y he de recordar un caso de acromegalia que presenté hace algunos años, y que fué observado en la Caridad durante todo el curso del mal. En la rodilla se desarrolló un tumor que iba creciendo continuamente; después de amputada la pierna y curada la herida, se cayó el paciente y sucumbió, algunos meses después, de debilidad. La autopsia demostró que en todos los huesos del esqueleto, desde el pié hasta el cuello, había grandes depósitos de nuevas capas óseas, que se continuaban por todo el esqueleto como una cubierta típica. El problema relativo al origen de estas capas es de los más interesantes en el estudio de la etiología; pero hasta ahora está sin resolver. No hay que pensar en las «metastasis» que algunos suponen, porque en este caso ni existen elementos móviles, ni tampoco intervienen vasos ó nervios para facilitar la marcha del proceso. En el enfermo que hoy presento, la agravación actual se caracteriza por el hecho de que en muchos puntos la nueva formación de tejido viene á formar una especie de coraza, es decir, que no se halla en conexiones inmediatas con los huesos, sino que es desarrollada con cierta separación de ellos, de un modo para-óseo. Los puentes y excrecencias que se forman se dirigen en diversos sentidos, se vuelven á unir entre sí y se extienden por entre las partes blandas, en puntos donde nunca había habido hueso.

Enderezamiento de la joroba póttica. — El Dr. Jacques Joseph: El estudio de la literatura relativa al procedimiento de Calot creo que permite asegurar que en lo esencial no ha merecido la aceptación general; sin embargo, dada la relativa inocuidad del mismo, se resuelven hoy los cirujanos á tratar la joroba póttica con menos miramientos que en otro tiempo, y á encorvar hacia atrás con más energía las porciones de la columna vertebral que se hallan por encima y por debajo de la jibosidad. Esta misma se considera como un *noli me tangere*, ó todo lo más se juzga permitido por algunos cirujanos un pequeño aplanamiento de la misma, pero tan escaso que sólo produce una separación de algunos milímetros entre los cuerpos vertebrales; el enderezamiento completo se conceptúa inconveniente de todo punto, aunque pueda obtenerse sin anestesia y aunque ceda la joroba. Yo creo que, en este último caso, si no es muy grande, se puede ensayar su enderezamiento sin temor alguno, á pesar de que la diástasis de los cuerpos vertebrales que se produce se calcule en algunos centímetros.

Cuando la joroba es de las que ceden, ya en el Congreso de Cirujanos de 1898, se calificó la intervención como de inofensiva, en general; la causa principal de que no se aceptara el procedimiento, era la ignorancia en que

se estaba acerca de cómo la sección cariada de la columna vertebral se curaba con el enderezamiento y adquiría solidez persistente para servir de apoyo. El problema de la suerte ulterior de la gran laguna ó hueco artificial quedó sin solución satisfactoria. Se creyó teóricamente en la posibilidad de que se formara un gran callo ó substancia ósea (Jul. Wolff) que se adaptaría á la nueva función; sin embargo, puede decirse que jamás se ha observado en los casos de caries vertebral un nuevo desarrollo de substancia que ni aproximadamente siquiera llenara un hueco de varios centímetros de extensión. Esta fué la causa de que la extensión de la joroba se considerara como irracional. Esta conclusión sólo estaría justificada si para la curación de una caries vertebral extensa fuese precisa la formación de nueva substancia ósea en cantidad necesaria para llenar el defecto respectivo, pero no sucede así. Según mis investigaciones, pueden intervenir procesos que con arreglo á las leyes de adaptación funcional de Roux y Jul. Wolff traigan por consecuencia la curación en posición recta, aun en el caso de que existan huecos de 3 y hasta de 4 centímetros, y por virtud de una formación ósea que no basta para llenar tal hueco, y que probablemente no necesita ser mayor de lo que es necesario para consolidar una sección cariosa de la columna vertebral en la posición de joroba.

Mis ideas se fundan en dos observaciones, á saber: una preparación hecha por Virchow y un caso clínico. De la primera he obtenido varias radiografías que demuestran lo dicho. Respecto al caso clínico, se trata de un muchacho que ví por primera vez el 3 de agosto de 1897, pero en el que no se hizo nada por entonces á causa de hallarse enferma la madre. El 25 de marzo de 1898 me lo presentaron de nuevo, después de haberlo sometido sin éxito al tratamiento con medios enderezadores. Al día siguiente empleé el método de Calot, previa anestesia, y puse un corsé de escayola que llevó el enfermo cinco meses y once días; á pesar de ello, la joroba apareció mayor al quitar el corsé. Entonces apliqué la llamada «prensa de joroba» hallándose el niño en una actitud muy inclinada; pero los dolores que ocasionó obligaron á quitarla á los tres días, viéndose entonces que estaba algo excoriada la piel. Después de curadas estas excoriaciones, se volvió á colocar el aparato, pero en una posición de corrección no tan exagerada. En este estado pasó el niño día y noche nueve meses. La marcha es más seguida, y el estado del enfermo mejor. El 10 de agosto de 1899 se presenta de nuevo. Se le quita el corsé para componerlo y se recomienda que el muchacho permanezca echado en su casa. El 20 del mismo mes participa la madre que el niño puede andar sin la prensa de joroba; desde entonces corre y salta cómodamente sin el aparato.

De lo dicho, resulta que no es posible dudar de la posibilidad de que se cure la joroba póttica con el enderezamiento artificial. La indicación se subordina á las ventajas que calculamos pueda proporcionar la maniobra. Por el riesgo á que exponen, habremos de renunciar al enderezamiento de las jorobas duras y antiguas, que sólo se pueden enderezar empleando una fuerza muy considerable y que expone á lesiones accesorias imposibles de calcular, ó bien empleando el procedimiento cruento. En cambio, creo que en tesis general, deben ser enderezadas las jorobas recientes y que ceden fácilmente, puesto que está demostrada prácticamente la posibilidad de que

aun con un enderezamiento completo, se consolide la joroba póttica, y por otra parte, está suficientemente explicado el proceso de curación que se realiza en estos casos. También estará permitido el enderezamiento de la joroba en los casos de parálisis espondilíticas á condición de que sean recientes y siempre que no se haya conseguido el objeto con procedimientos más suaves. En los casos de parálisis antiguas ya consolidadas, el procedimiento que juzgo más adecuado es la «laminectomía» que ha aconsejado Trendelenburg en estos últimos tiempos.—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 23 de Marzo de 1900.

Técnica operatoria de las hernias ventrales y de la sutura abdominal. — El Dr. Rotter expone los resultados que se han obtenido con la sutura musculo-aponeurótica en las varias clases de hernias ventrales y laparotomías. En las hernias inguinales hubo de 30 á 40 por 100 de recidivas, mientras se empleaba el método de Czerny, el cual fué esencialmente perfeccionado por Macewen, quien eliminó el cuello del saco herniario de toda la longitud del canal inguinal. Las recidivas descendieron á 8 ó 10 por 100. Bassini añadió otro perfeccionamiento, formando además de la sutura de aponeurosis externa, una resistente capa parietal muscular, pues suturó al ligamento de Poupart los músculos recto y oblícuo interno. Con el método de Bassini el número de las recidivas bajó á 1 ó 3 por 100.

Resultados igualmente buenos obtuvo Rotter en la sutura abdominal de la operación por epitiflitis y de la de Alexandre-Adams, siendo posible en estos casos hacer una sutura musculo-aponeurótica.

En cambio, los resultados son menos satisfactorios en las hernias epigástricas y en las umbilicales.

Los músculos rectos abdominales se tocan con sus vientres, desde la sínfisis, hasta dos traveses de dedo por debajo del ombligo ; desde allí hasta la apófisis xifoide, van divergiendo, distando uno del otro al nivel del ombligo, de 2 á 3 centímetros, y más arriba de 1 á 2. El intersticio es ocupado por una aponeurosis de 2 á 3 milímetros de grosor.

En las hernias epigástricas cabe, pues, tan sólo una simple sutura aponeurótica que ha dado de 30 á 40 por 100 de recidivas.

Las hernias umbilicales se operaban de modo que después de la excisión del ombligo y división de las vainas de los rectos, se unían la vaina posterior, los vientres, y, finalmente, la vaina anterior. Esta sutura por capas, va muy bien hasta el ángulo superior de la herida donde los rectos divergen. En este punto flaco resultaban recidivas en 25 por 100 de los casos.

En la sutura abdominal entre sínfisis y ombligo, la sutura en masa ha producido resultados desfavorables, encontrando Winter y Abel de 29 á 30 por 100 de hernias cicatriciales. Se producen por invaginación del peritoneo entre las superficies traumáticas (sinuosidades peritoneales), y en segundo lugar por insuficiente unión de las capas fisiológicamente enlazadas de la pared abdominal.

En cambio, la sutura mio-aponeurótica ha tenido resultados ideales. Acerca de si la incisión abdominal debe hacerse en la línea media ó lateralmente por el recto, Rotter opina que es indiferente cuando la incisión no ha de alcanzar muy arriba; pero cuando hecha en la línea media, afectara la aponeurosis, resultarían los mismos inconvenientes con que se tropieza en la hernia umbilical; en estos casos Rotter hizo siempre la incisión lateral por el músculo recto, obteniendo óptimos resultados.

De las operaciones en que se practicó la sutura musculo-fascial (mio-aponeurótica), fueron revisadas al cabo de año y medio á tres años

67 casos de hernias inguinales operadas según Bassini.
23 — incisiones por epitiflitis y hernias.
21 — operación según Alexandre-Adams.
59 — laparotomías por el músculo recto.
3 — operación en el estómago y vejiga biliar.

173 casos en total, encontrándose sólo en dos una hernia abdominal. Rotter atribuye este resultado á la sutura mio-aponeurótica y la recomienda como método más seguro.

En la *discusión* tomaron parte los Dres. Olshausen, Bröse, Flaischlen, Kossmann, Gottschalk y Odebrecht, haciendo constar este último, que la aponeurosis que suele suturarse, es la que se halla sobre los músculos rectos, componiéndose por abajo de la línea semicircular de Douglas, de las aponeurosis de los músculos oblícuo externo, interno y transverso; por arriba de dicha línea, una mitad pasa por encima y la otra por debajo de los rectos. Esta hoja interna debe suturarse siempre también; si no, resultaría que la cicatriz por arriba de la línea semicircular, cedería á veces, siendo siempre resistente la inferior tan sólo.

(*Centralblatt für Gynäkologie*, 1900).—G. Sentiñón.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del dia 8 *de Junio de* 1900.

Estrangulación del pene.—El Dr. Weinlechner: Un joven de quince años, con el objeto de practicar la masturbación, se introdujo hasta la raiz del pene, hace de esto ocho días, una tuerca de acero de 3 centímetros de largo, 3 milímetros de grueso y 2 centímetros de diámetro interior. Se trató de limarla, pero estas tentativas no dieron resultado. Cuando se presentó el joven, el pene estaba sumamente edematoso y cianósico de tal manera, que su diámetro longitudinal era de 8 centímetros y el perímetro tenía 14. De la longitud del miembro correspondían 5 centímetros al prepucio, de tal manera que la sonda tenía que recorrer este trecho para tropezar con el glande. El extremo periférico del cilindro de acero, se había hundido por debajo de la piel, por lo cual resultaba muy difícil la extracción, ó sea la torsión del cilindro por encima de cuatro tiras de lienzo de un dedo de ancho, y que se habían untado de vaselina, á pesar de que para facilitar la operación se

habían trazado incisiones laterales en el prepucio y se había exprimido el suero sanguinolento que de ellas salía. Como las tiras de lienzo no presentaban bastante resistencia, se interpusieron también dos elevadores. Después de sacado el cilindro, se vió que la piel estaba excoriada, y se había grieteado en algunos de los puntos que habían sido comprimidos por dicha pieza de acero. Esta porción de piel, más tarde se ha venido á gangrenar en casi toda su extensión; pero, por fin, está á punto de curarse. Hace algunos días se excindieron porciones cuneiformes del prepucio, suturando después las superficies cruentas con el objeto de mejorar la forma del prepucio.

Bocio tratado por medio de la ligadura de las tiroideas superiores. — El doctor Weinlechner: Aquí presento un joven de dieciséis años, que padece bocio, y en el que empleé como tratamiento del mismo la ligadura de las arterias tiroideas superiores, las cuales se percibían perfectamente por medio del tacto. Al poco tiempo de haber practicado esta operación, disminuyó el perímetro del cuello en un centímetro. En la primera semana disminuyó 4 centímetros, en la segunda se observó una disminución igual; pero de entonces acá, dicho perímetro permaneció con las mismas dimensiones. En la actualidad se observa también que el diámetro transversal disminuyó 4 centímetros, el vertical 1, y el antero-posterior ó grueso 3. El surco que separa los lóbulos se ha acentuado considerablemente: estos últimos están mucho más sueltos, y la deglución de materiales sólidos que antes estaba muy dificultada, ha mejorado muchísimo. Gracias á esta última circunstancia, el enfermo se ha repuesto algo, y ahora lo que procede es extirpar el bocio de la misma manera que hemos hecho hace algunos años en un caso parecido.

Gangrena de las partes blandas y del hueso.—El Dr. Weinlechner: La joven de veintidós años que aquí comparece, á consecuencia de un golpe sufrido en el mentón y del tratamiento que con este motivo empleó un curandero, ha tenido una gangrena que interesó las partes blandas y el hueso. Cuando la enferma ingresó en la Clínica, presentaba una úlcera casi redonda de unos 6 centímetros de diámetro, la cual estaba complemente cubierta de escaras de color gris pardusco, y asentaba en la mandíbula inferior sin poderse deslizar sobre ella. La escara estaba constituída por tejido momificado; el fondo de la boca también era asiento de una infiltración dura y resistente. Con el objeto de que se limitara la úlcera, cuyo aspecto era muy parecido al de la gangrena nosocomial, se empleó el hierro candente con mucha energía, con lo cual se consiguió realmente detener la marcha progresiva del proceso: se desprendió la escara, y en su lugar se desarrolló un hermoso tejido granuloso. A los nueve meses próximamente, el hueso necrosado se había desprendido de los tejidos inmediatos en un grado tal, que pudo ser extraído fácilmente por medio de pinzas. Al cabo de un año se practicó una operación autoplástica, que consistió en tallar dos colgajos cutáneos laterales, tomados en parte á la región maxilar inferior, y en parte á la piel del cuello; estos colgajos seguían una dirección algo arqueada, convexa hacia arriba y cóncava hacia abajo, y su base estaba dirigida hacia el cuello. Pasados otros diez meses, la enferma volvió á presentarse en la Clínica por tercera vez. Se dividieron dos aberturas fistulosas que entonces había, se las unió entre sí, y se extrajeron cinco raíces dentarias que esta-

ban al descubierto; á pesar de esto, no se consiguió la curación, no obstante haberse extraído, además, dos dientes incisivos. En abril del año pasado, y después de ensanchar la fístula que no había curado, se extrajo otro incisivo, sin que á pesar de ello cesara tampoco la supuración. No queda, por lo tanto, otro camino que extraer los dos dientes que todavía restan, y cuyas puntas de sus raíces sobresalieron desde el primer momento. A pesar de todo, el resultado de la operación autoplástica ha sido completamente satisfactorio.

Exitos de la fototerapia. — El Dr. Spiegler: Voy á dar cuenta de dos casos en que la fototerapia de Finsen, dió resultados brillantes. En el primero se trataba de un lupus vulgar tumidus y exulcerante de 2 á 3 centímetros de diámetro, y que en los cinco años que tenía de fecha, había sido cauterizado tres veces, pero recidivando siempre. En este caso no se empleó ningún otro tratamiento, más que la fototerapia de Finsen. Hace meses que se está usando este medio con sesiones diarias de iluminación, de una hora de duración, poco más ó menos; en la última época, las sesiones fueron casi siempre de dos horas diarias. Ahora bien; así como antes del tratamiento, el foco luposo sobresalía de 2 á 3 milímetros por encima del nivel de la piel y estaba exulcerado, en la actualidad, la zona correspondiente está al mismo nivel que la piel y aparece revestida de epidermis, excepto en un punto que tendrá la extensión de una lenteja. Ha desaparecido el tejido blando y flácido que se siente con la presión del dedo cuando hay un foco luposo, y en su lugar se percibe ahora una resistencia bastante notable; sólo en el borde es donde todavía se ven algunos tubérculos ó nodulitos luposos. También en la parte que no está revestida todavía de epidermis se encuentra, en vez de un tejido blando, flojo y que sangra fácilmente, un tejido de granulación al parecer sano, y después de cada sesión de iluminación, se ve cómo la curación va haciendo nuevos progresos.

En el segundo caso, que es mucho más interesante, se trataba de una alopecía areata extensa, la cual antes de someterse á la fototerapia, había estado siendo tratada durante diez meses, y sin resultado alguno, con todos los demás procedimientos terapénticos. Cuando se emprendió el fototerápico, todavía iba en aumento la caída del pelo. El tratamiento consistió en exponer á la luz y durante una hora, porciones diferentes del foco morboso, cuidando que la zona expuesta en cada sesión no excediera mucho en sus dimensiones de las de una pieza de medio duro. Mas como lo que más interesaba, por de pronto, era poner coto al aumento ulterior del foco patológico, se comenzó á iluminar en el límite donde crecía el cabello y se siguió la regla prescrita por Finsen, de afeitar una zona del ancho de un centímetro en la porción aparentemente sana y comprenderla en la iluminación. De este modo se consiguió también poner, desde luego, un obstáculo al aumento del foco patológico. Sin embargo, durante el tratamiento aparecieron en medio de los cabellos que habían quedado, nuevos foquitos, en que se caía el pelo; siempre que se observó este hecho, se afeitó inmediatamente la zona respectiva, y se la expuso á una sesión fototerápica de una hora. Con esto, en los puntos iluminados volvió á crecer el pelo, pero en forma tal, que al principio sólo salía un vello no pigmentado, que poco á poco se iba haciendo más grueso y adquiriendo pigmento.

Sobre la llamada posición cadavérica de las cuerdas vocales. — El Dr. Jon Fein: Desde Ziemssen se conoce con el nombre de posición cadavérica de las cuerdas vocales, aquella que viene á ser la intermedia entre las dos más profundas de inspiración y de fonación, y que al parecer, es la propia del cadáver. A pesar de que muchos autores han observado en el cadáver otra posición, no se han hecho estudios sistemáticos acerca de este punto, por lo cual me propuse resolver las cuestiones siguientes: Si hay en el cadáver una determinada posición de las cuerdas vocales; en el caso de que esta cuestión se resuelva en sentido negativo ¿qué posiciones toman las cuerdas vocales en el cadáver? Y, por último, ¿cuáles son las causas de tales posiciones? De paso estudié la forma y amplitud de la glotis cadavérica, los caracteres de las cuerdas vocales, etc.

Ahora bien, de mis investigaciones que llevé á cabo en 50 cadáveres, resulta: que al poco tiempo de la muerte, las cuerdas vocales se hallan situadas en la línea media ó muy cerca de la misma; que la rigidez cadavérica aparta las cuerdas vocales de la línea media, ensanchándose la hendidura glótica á medida que se acentúa dicha rigidez; que la amplitud de la glotis en el cadáver es diferente de la que tiene cuando se ha extirpado la laringe, y que después de terminada la rigidez quedan las cuerdas vocales en una posición intermedia, pero volviendo, al parecer, á aproximarse un poco á la línea media.

No hay una «glotis cadavérica», porque la glotis presenta en el cadáver formas tan variadas como en el vivo. Cuando las cuerdas vocales se hallan en el estado de relajación máxima, parece aumentar el grueso de las mismas. La frase «posición cadavérica» debe ser reemplazada por la de «posición intermedia», porque las de «posición media» y «posición en adducción», se prestan también á falsas interpretaciones.

En dos animales en que observé la forma de la glotis desde el momento de la muerte hasta el día siguiente, también comprobé que inmediatamente después de la muerte es cuando las cuerdas están más próximas á la línea media, y que se separan de ella cuando se inicia la rigidez cadavérica.

Finalmente, examiné con el laringoscopio fetos que habían nacido muertos y cuyas cuerdas vocales, por lo tanto, no habían practicado todavía ningún movimiento, y encontré que estaban situadas en la línea media. Convendría repetir estos estudios, porque, como ya se comprende, sus resultados habrán de tener gran importancia para resolver la cuestión de si un recién nacido muerto ha respirado ó no. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la blenorragia por el azul de metilo. — El azul de metilo es un veneno del gonococo de Neisser. El Dr. A. O'Neil lo emplea al interior en cápsulas gelatinosas, que contienen 6 centígramos del medicamento. El enfermo de blenorragia toma 3 ó 4 cápsulas diarias. Al cuarto día se reduce la dosis á 2 cápsulas. Para evitar la irritación vesical que produce el azul

de metilo cuando se administra solo, se le combina con la esencia de nuez moscada, y mejor todavía con la de sándalo, que ejerce una acción sedente sobre la mucosa de la vejiga inflamada. — (*Medical Record*).

Tratamiento radical del varicocele. — El varicocele, dice Naruth, está asociado siempre con un ensanchamiento considerable del conducto inguinal. Como tratamiento radical, aconseja hacer una incisión, de la misma manera que en la cura de la hernia por el método de Bassini, resecar después las venas en el conducto inguinal y cerrar la herida por el método referido. Esta operación interrumpe con seguridad el riego sanguíneo por las venas espermáticas, y la arteria de este nombre queda á salvo. Se suprime el factor etiológico del ensanchamiento del conducto inguinal y el testículo se eleva. Se evitan á la vez las dificultades de esterilizar la piel del escroto y de aislar la arteria espermática del plexo venoso.

(*Wien. klin. Woch.*).— F. Toledo.

Parto cuádruple. — El Dr. Forastansky refiere en *Med. Besieda* que tuvo que asistir á una mujer de treinta y ocho años, en el octavo mes de su noveno embarazo; el vientre estaba enormemente distendido, las piernas edematosas. El latido cardíaco del feto era imperceptible, y tampoco se lograba determinar las diversas partes fetales por medio de la palpación á través de las paredes abdominales. Se rompieron artificialmente las aguas y nacieron cuatro fetos, el primero, segundo y cuarto de nalgas, y el tercero de vértice. El cuarto, varón, murió en seguida. El primero, hembra, tenía 41'5 cm de largo y 32 de circunferencia de la cabeza, y pesaba 1900 g; el segundo feto, varón, tenía 38'5 cm de largo y 29'5 de circunferencia cefálica, con un peso de 1500 g, y el tercero, 43 cm de largo y 31 de circunferencia de la cabeza, y pesaba 2150 g. Al cabo de un mes, los tres continuaban vivos.

(*Zhurnal akusherstva*). — G. Sentiñón.

Terapéutica de la sicosis por la formalina. — La formalina se ha empleado con éxito tópicamente contra las verrugas, el epitelioma, los condilomas, el lupus y otras afecciones cutáneas. El Dr. Daniel la ha usado contra la sicosis en un caso refractario durante tres meses á todo tratamiento. La depilación, el raspado con la cucharilla cortante, la cauterización con el nitrato argéntico y la aplicación de la creolina, fueron inútiles. Ensayó entonces la solución ordinaria al 40 por 100 de la formalina sin diluir. Produjo una dermatitis aguda á las veinticuatro horas, y á los cuatro días toda la superficie afectada estaba cubierta de una costra. Al desprenderse ésta, quedó una superficie que se cubrió de epidermis lisa y sana. La enfermedad estaba curada. La formalina pura debe aplicarse con cuidado sobre la cara, á causa de los efectos irritantes que sus vapores producen sobre los ojos y vías respiratorias. — (*The Medical Review*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE LA VIBORA

PRIMER CASO EN ESPAÑA DE LA APLICACION DEL SUERO DE CALMETTE

CONFERENCIA DADA EN LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

POR EL

DOCTOR D. LUIS DEL RÍO

Catedrático de la de Facultad de Medicina de Zaragoza.

SEÑORES:

Durante mi estancia en Madrid en abril de 1898 representando á esta Universidad en ocasión de tomar parte en las discusiones del IX Congreso internacional de Higiene y Demografía, recibí de manos de Calmette dos frascos de suero caballino contra la mordedura de las serpientes.

Bien ajeno me hallaba entonces habían de servirme prontamente para curar á un hombre mordido gravemente por una víbora, y poder daros en el día de hoy, á instancias de nuestro querido y sabio Rector, una conferencia sobre este asunto.

Los célebres trabajos del Director del Instituto Pasteur existente en Lille, relatados por mí en la prensa y libros, diólos á conocer dicho sabio prácticamente en España con un precioso experimento realizado en la Sección primera del citado Congreso ante lo más selecto de la clase médica y veterinaria. Allí quedó indiscutiblemente confirmado el valor de esta seroterapia casi matemática.

Yo no he de daros una descripción minuciosa de las víboras; las conocéis perfectamente; su longitud sabéis oscila de 35 á 70 centímetros, siendo la hembra mayor que el macho y éste de color más claro que aquella, en la que predomina (víbora común) un tono gris

ceniciento claro con faja dorsal negra en zig-zag. Sabéis también, es íntimo su acoplamiento durante unas tres horas, y que paren vivos diez ó más viboreznos de unos 21 centímetros de longitud.

En el maxilar superior se cobija la bolsa ó saco colector del veneno viperino; y á beneficio de un conducto excretor penetrante cerca de la base del diente, vierte en él su contenido, merced á la compresión determinada en el saco por el músculo constrictor. Los largos dientes venenosos empotrados en una gran bolsa de la mucosa, hállanse horadados, encontrándose el orificio terminal cercano al extremo libre.

Fácilmente podemos recoger el veneno; basta introducir en la boca del reptil muerto, un cristal de reloj, exprimir con el dedo pulgar é índice de atrás adelante la vejiga, haciendó salir la ponzoña por el diente correspondiente. Una vez seca, á cubierto del polvo atmosférico, podréis mandarla á los laboratorios.

Desde tiempo muy antiguo, se conocía la gravedad del envenenamiento por la mordedura de la víbora; no obstante, la calenturienta imaginación de los sabios antiguos muy dados á dar crédito á todo lo extraordinario y transmitirlo de generación en generación, hizo pensaran que el veneno de la víbora radicase para unos en la cola, dientes ó saliva; y según los más, en la bilis. Fué necesario que un hombre inteligente, Fernando II, Gran Duque de Toscana, queriendo cerciorarse de la verdad, reuniera en el siglo XVII á los sabios; entre ellos al italiano Redi, y también á un cazador de serpientes nombrado Jacobo Sozzi. Este último, destruyó las afirmaciones de todos dando razón á Redi, para lo que tomó la hiel de una víbora y mezclándola con agua se la bebió sin experimentar efecto alguno; asimismo demostró, que los animales en cuyas heridas se introdujo la hiel de víbora, permanecían indemnes.

Una vez demostrada la expulsión del veneno por el diente, Redi y más tarde Fontana, á fines del siglo XVIII, fueron los que mejor estudiaron el veneno de los vipéridos.

Sin embargo, si desde este punto de vista se logró encauzar las ideas y localizar el sitio de producción y expulsión del veneno, es también cierto que, en lo relativo á la terapéutica del envenenamiento ofidiario, dominaban las más absurdas ideas.

Hagamos, no obstante justicia al empirismo; para ello, yo refrescaré vuestra memoria con el recuerdo de las prácticas antiguas enderezadas á combatir el envenenamiento provocado por las serserpientes venenosas.

Las más envenenizantes son : las *nayas* ó serpientes de toca, *naja tripudians* ó *cobra-cappel* ó *cobra de capello*; nombre dado por los portugueses á una serpiente de Ceilán, hallada más tarde en Africa, que, cuando se coloca en actitud erguida, dilata su cuello de modo tal que, mirado por detrás, simula un sombrero redondo, y visto de frente, un escudo, *cobra de escudo;* la *naja-haje* de Egipto; el *bungarus cœruleus*; *trimeresurus, cerastres, botrops lanceolatus* de la Martinica y América del Sur; los *crótalos* de la América Central y de la América del Norte.

En Bengala, según los datos recolectados en 48 distritos, resulta que en 1869 murieron por el veneno reptiliano 6219 personas. En Punjab, en el transcurso de un año, las mordeduras han ascendido á 11.416. En la India se estima como la plaga más temible; los diarios ingleses hacen ascender á 20.000 el número de víctimas por año. La prensa profesional francesa eleva la cifra á 22.000 por año para la especie humana.

Esto ha excitado á los sabios á emprender con ahinco los trabajos pertinentes al hallazgo de un remedio seguro, preventivo y curativo contra el veneno reptiliano.

En los tiempos primitivos se tenía gran fé en rezar unas cuantas oraciones; después se aconsejó, como más positivo, la práctica de los brahmanes, consistente en cortar y quemar la herida aplicando sobre ella piedra de serpientes, conocida también con el nombre de *pembu kelú*, compuesta de huesos ó cuernos incinerados mezclados con cal y resina, de cuya mezcla resulta una substancia porosa, absorbente y muy adherible á las partes heridas. También gozaba de cierto crédito entre los indígenas el empleo de las hojas molidas de *Aristoloquia* mezcladas á la pimienta y desleídas en agua, para uso interno y externo en fricciones á la herida. El uso interno del alcohol ó bebidas espirituosas hasta llegar á la saturación del sujeto, ha sido aconsejado desde 1881, así como también la ligadura, excisión y cauterización. Todas estas prácticas prepararon el terreno á las modernas investigaciones de los Gotier, Reicher, Herlich, y los Calmette, Physalis, Bertan y Frasser.

Los trabajos interesantísimos de estos sabios, sin que por esto desmerezcan en nada, cuentan con otros anteriores, que indudablemente, á pesar de su empirismo, han debido servirles de excelente guía para el logro de sus nunca bien ponderados experimentos. Sabíase que entre los animales eran y son naturalmente más ó menos refractarios á las mordeduras, el veso, mangosta, erizo y puerco;

siéndolo también los anfibios, peces y reptiles, bien que estos últimos sólo á condición de no sobrepasar el coeficiente tóxico.

Respecto al hombre, á pesar de ser animal receptivo sensible, logra hacerse refractario. Cítase el caso de Juan Vípere, cazador francés de reptiles en Clermont-Ferrand, el cual logró hacerse inmune dejándose morder múltiples veces. En Arbois, citase también un cazador dotado de inmunidad para las víboras, de las que él se dejaba morder de cuando en cuando. Estos casos son parecidos á los que yo conozco de colmeneros refractarios al activo veneno de las abejas. Ellos también, tras de repetidas contaminaciones, logran obtener el estado refractario, hasta el punto que, en la época de la recolección, no utilizan la careta para catar sus colmenas.

En Méjico, los titulados *curados de culebras* consiguen el estado refractario para la mordedura de los *crótalos*, gracias á repetidas vacunaciones que ellos se practican con los colmillos de estos ofidios. Los indigenas de Mozambique hacen una pasta mezclando el veneno de serpientes con jugos vegetales que ellos la introducen en sajas practicadas en la piel del miembro superior ó en los confines del inferior, consiguiendo de este modo la inmunidad para las mordeduras.

La *Revue Scientifique* (1892, I, p. 254) cita una muy interesante práctica de inmunización artificial llevada á cabo por los indios de la Guyana. Toman un diente venenoso, y cual si fuera una lanceta, practican dos ó tres incisiones en la garganta del pié del hombre indemne; dejan sangrar las heridas, frotándolas después con un polvo negro, compuesto de hígado, hiel y bolsas venenosas de serpiente, desecados por soleamiento en pilas. Terminada esta operación, con la cual cesa la hemorragia, el indio operador deposita en su boca parte de este polvo y hojas de árbol, mastica la mezcla, aplica entonces sus labios á las heridas, é inyecta su saliva con fuerza, cual si se tratara de una inyección hipodérmica.

Con poco esfuerzo que hagáis de imaginación, veréis en todas estas prácticas, como dice Landouzy, burdas, pero positivas tentativas de inmunización, precursoras de la técnica actual llevada á cabo por nuestros modernos sabios.

En efecto, el procedimiento actual de elección para la obtención de un suero preventivo y curativo, tal cual este que os presento, fabricado por mi buen amigo el Dr. Calmette, consiste en inocular a caballo, bajo la piel del cuello, por detrás de la espaldilla, dosis progresivamente crecientes de veneno puro de *cobra* ó de varios vene-

nos muy potentes, anteriormente señalados, mezclándolos á dosis pequeñas y graduales decrecientes de hipoclorito de cal á 1/60. Cuando el caballo es capaz de soportar dosis de veneno mortal para 500 kilos de conejo, la inmunización se considera obtenida. Entonces se practica una sangría de prueba; mas para que el suero se considere en buenas condiciones, es preciso que su actividad sea de $^{1}/_{10000}$; es decir, que inoculado en cantidad de $^{1}/_{10000}$ de peso de conejo, permita á éste recibir sin daño, dos horas después, 1 miligramo de veneno seco de cobra, capaz de matar los testigos en menos de cuatro horas.

Yo voy á repetir en este momento los notabilísimos experimentos de Calmette; mas no ejecutaré los realizados por él en el último Congreso internacional celebrado en Madrid; voy á sujetarme al *modus faciendi* que hoy se sigue en Lila, según podéis ver en esta carta, fecha 23 de enero, que he recibido de dicho sabio.

Aquí tenéis este tubo, modelo Chamberland, con cuello incurvado y cerrado con tapón de goma; en él me ha remitido Calmette, y yo he dejado una mínima porción, un gramo de mezclas de distintos venenos de las serpientes más potentes. Como véis, el veneno viene en estado sólido, en forma de cristales de color amarillo gamuza, parecidos á los del iodoformo. Siguiendo la técnica que Guerin me indica en nombre de Calmette, por hallarse éste enfermo, yo he disuelto medio gramo de este venenoso polvo en 50 de agua destilada, recientemente esterilizada; lo he dejado disolver por veinticuatro horas, he llevado la mezcla á 70° por media hora, filtrándola ulteriormente por papel. Aquí tenéis el líquido obtenido. La dosis mortal en veinte á veinticinco minutos para un conejo de 2 kilos, oscila, *según estos sabios*, entre $^{3}/_{10}$ y $^{4}/_{10}$ de cent. cúb. de esta disolución.

Hasta aquí yo he cumplido fielmente las instrucciones de Guerin; mas antes de proceder á la parte experimental de esta conferencia, debo deciros que la actividad del veneno recibido por mí de Lila es tal, que inoculados en nuestro laboratorio dos conejos, cuyo peso fué de 1900 y 1850 gramos, recibiendo ambos $^{3}/_{10}$ de cent. cúb. de la disolución madre en la vena marginal de la oreja, su muerte fué tan rápida que *apenas si resistían algunos segundos*. En vista de esto, recurrí á inocular á los conejos dosis mínimas; á uno de 1685 gramos, le inoculé en la citada vena $^{1}/_{10}$ de cent. cúb. de la disolución madre, y la muerte sobrevino á los dos minutos.

Conocido ya este *supra-intensivo envenenamiento*, impediente, por

consiguiente, para tantear la acción del suero, procedí á emplear disoluciones más débiles aún.

He diluído el líquido madre á $^1/_3$ de agua, es decir, una parte de disolución rápidamente mortal con dos de agua destilada, recientemente hervida; $^1/_{10}$ de cent. cúb. de esta mezcla inoculada á conejos de 1950 gramos, no les mata dentro de media hora. Para que os convenzáis, aquí tenéis este conejo, cuya cola he teñido en verde para diferenciarle. Yo voy á inocularle la dosis referida en la vena marginal de la oreja izquierda..... Ahora, el distinguido alumno Sr. Muñoz, le coloca en esta vitrina; esperemos veinte minutos..... Como veis, han transcurrido y el conejo verde no muere. ¿Queréis verle morir con rapidez? Pues en este momento le inoculo $^1/_{10}$ de centímetro cúbico de esta disolución al $^1/_2$, es decir, partes iguales de la disolución madre y de agua destilada, recientemente hervida. Dejémosle en la vitrina. Yo os anuncio que el conejo morirá dentro de los cinco minutos; mirar vuestros relojes..... Ya comienzan los síntomas de envenenamiento rápido (el conejo se endereza, cae redondo y muere por asfixia). Ha muerto dentro de los dos minutos (grandes aplausos).

Veamos si el suero es preventivo, frente á este veneno tan intensivo remitido por Calmette. Aquí tenéis un conejo de 1985 gramos, cuya cola he teñido en rojo; yo lo inoculo 2 cent. cúb. de suero antivenenoso en la vena marginal de la oreja izquierda..... Aguardemos cinco minutos..... Ahora le inoculo en la vena marginal de la oreja derecha, $^1/_{10}$ de cent. cúb. de la disolución venenosa al $^1/_2$ anteriormente citada..... Dejémosle en la vitrina..... Este conejo rojo, si damos crédito á Calmette, debe resistir al veneno de modo indefinido (el conejo muere á los dos y medio minutos).

Como véis, el suero no ha *impedido* la muerte, sólo la ha *retardado* medio minuto, puesto que á igual dosis y peso, la determinó en el conejo verde.

Tomemos esta coneja careta, cuyo peso es de 2260 gramos; yo la inoculo $^1/_{10}$ cent. cúb. de la disolución anterior; esperemos cinco minutos; para lo que el Sr. Pastor la coloca en esta vitrina..... Ahora la inoculo en la oreja contraria 2 y medio cent. cúb. de suero..... Veamos lo que ocurre..... (la coneja muere á los cinco minutos). Ya lo véis, el suero no ha tenido virtud *curativa*, pero ha *retardado* la muerte en un doble de tiempo. ¿Dependerá esto de que el veneno remitido es demasiado activo, de la impotencia del suero, ó de la vejez de estos conejos? Esto es lo que me propongo averiguar en ulteriores

trabajos de laboratorio; pues lejos de considerar fracasada la acción del suero, el manifiesto *retardo* mortal que habéis presenciado, me anima á dosificar más exactamente la mezcla venenosa hasta conseguir la muerte más allá de los quince minutos, para poder tantear entonces cómodamente la acción preventiva y curativa. Los resultados que obtenga, más la acción que descubra en la especie aviaria que me propongo tantear, serán objeto de otra conferencia para el próximo curso.

Terminada la parte experimental, voy á pasar á exponeros la historia clínica abreviada del caso que ha motivado esta conferencia.

Eran las cinco de la tarde del 9 de septiembre de 1899; encontrábame yo en la dehesa titulada la Cabañuela (Guadalajara), propiedad del marqués de Ibarra, por el que había sido invitado á almorzar. De sobremesa nos pusimos á jugar al dominó, cuando á mitad de partida solicitó permiso para entrar la pareja de la Guardia civil del puesto de la Cabañuela, que venía de dar vuelta al monte. El marqués, con su proverbial amabilidad, les otorgó su permiso; adelantóse á nosotros el encargado de la pareja que era el cabo Ignacio Tejero Coello, de veinticinco años de edad, soltero, natural de Carrión de Calatrava, provincia de Ciudad-Real, y nos manifestó que á las cuatro de la tarde había visto en el monte una culebra pequeña, y al tratar de cogerla por la cola para matarla por sacudida como tenía costumbre hacer en Cuba donde residió seis años, se había vuelto el reptil mordiéndole en los dedos. Acompañando la acción al relato, sacó del bolsillo derecho del pantalón un pañuelo de los titulados de yerbas, y envuelto en él una víbora que á pesar de tener la cabeza destrozada, aún se movía. Era ésta de 52 centímetros de longitud, de un color ceniciento claro, con faja dorsal obscura en zig-zag.

Presentaba Tejero en la mano derecha dos profundas heridas de color azulenco que interesaban las yemas de los dedos pulgar é índice, y una ligerísima erosión de 3 centímetros de longitud en la región tenar, interesando solamente la capa córnea de la piel. Los extremos de los dedos encontrábanse afectados de inflamación tal, que impedían la flexión. El guardia nos aseguró no había sentido dolor en el acto del mordisco y que la sangre perdida la calculaba igual á 10 ó 12 pinchazos de alfiler; y en efecto, así podía calcularse por las manchas del pañuelo que cubría los dedos. También nos aseguró había comenzado la inflamación á los cinco minutos de ser herido.

Pedimos el botiquín de la finca, mas no existiendo en él cloruro de

oro, hipoclorito de cal ni siquiera ácido crómico ó permanganato de potasa, procedimos á ligar el miembro y á beneficio de un mal escalpelo refrescamos las heridas que el guardia succionó, cauterizándolas después con la barra de nitrato de plata.

El caritativo marqués nos encomendó con mucho interés la asistencia del guardia; hícele yo entonces presente consideraba la herida grave por ser múltiple, tamaño de la víbora, caluroso de la estación y tiempo transcurrido; pero que poseía un suero que debía ser aplicado con rapidez. En vista de esto, mandó enganchar su carruaje para trasladar el guardia al cuartel de Brihuega, vecino de mi laboratorio, bajándome yo también con rapidez al pueblo. Durante el camino el guardia dijo fué acometido de fuerte dolor de riñones, vómitos biliosos y al bajar del coche, mareos; esto unido á no poder enderezarse, hizo tuviera que utilizar el auxilio de otros compañeros para poderse trasladar al cuartel.

En mi primera visita le hallé en la cama en decúbito supino, noté que el enfermo estaba encogido por no poder soportar, según él decía, el fuerte dolor de riñones; las escleróticas hallábanse intensamente pigmentadas en color amarillo verdoso; no podía orinar, la saliva que expulsaba era amarillenta y según él decía tenía mucha angustia é insensibilidad del brazo. La inflamación era intensa, interesaba toda la mano y tercio inferior del antebrazo. El pulso estaba deprimido. El sujeto hallábase abatido, por más que deseaba demostrar lo contrario.

Plan del día 9, primero de enfermedad: dieta láctea en cantidad de un cortadillo de leche caliente, cada cuatro horas; inyección á las ocho de la noche de 10 cent. cúb. de suero antivenenoso en la región deltoidea del brazo derecho; cauterización de las heridas con ácido crómico al 1 por 100 y cura antiséptica. En la visita de las doce de la noche encontré al enfermo más reaccionado; había cesado el dolor de riñones, podía extenderse en la cama y también había eliminado buena cantidad de orina, intensamente pigmentada en color amarillo verdoso.

Día 10, segundo de enfermedad: visita á las seis de la mañana. El enfermo ha podido conciliar el sueño; existe mejoría del estado general, persiste la pigmentación de las escleróticas y presenta pigmentación general amarilla de la piel. Dice que tiene náuseas; el edema local llega hasta el hombro, existe adenopatía axilar, dolorosa á la presión y ligero dolor hepático correspondiente á la vesícula biliar.

Prescripción. — Continuación de la dieta láctea reforzada. Plan farmacológico : tres cortadillos de agua de Carabaña con quince minutos de intervalo; inyección hipodérmica en el brazo izquierdo de 5 cent. cúb. de suero antivenenoso.

Visita á las doce del día : el enfermo ha tenido vómitos y diarrea verdosa; según él se encuentra mejor; sin embargo, el edema se ha extendido hasta la región pectoral derecha, llegando hasta la línea esternal, estando comprendido entre ésta y la axilar. Toda la extremidad aparece doble del volumen normal; aprécianse grandes equimosis en forma de manchas rojo-vinosas del tamaño de la palma de la mano y del diámetro de un duro, localizadas en la parte interna del brazo, siguiendo el trayecto de los grandes vasos y también en la región pectoral y axilar. La mano está fuertemente edematosa con ampollas negruzcas á nivel de las heridas.

Prescripción. — Baño permanente á toda la extremidad á 37° de temperatura, compuesto de disolución acuosa de bicloruro de mercurio al 1 por 3000 y harina de linaza.

Seis de la tarde, persisten todos los síntomas locales, pero queda localizado el edema.

Doce de la noche, sin variación.

Los tres siguientes días tuve que encargar el enfermo á otro compañero, por tener que ausentarme de Brihuega. A mi regreso hallé al Tejero con la inflamación localizada á las regiones anteriormente indicadas, pero con gran tensión en los dedos índice y pulgar; hallábanse cubiertos de flictenas negruzcas del tamaño de una avellana, muy movible la uña del dedo pulgar, y pude apreciar la existencia de un flemón peri y subungular. Mandé renovar el baño emoliente, que había sido suspendido por mi suplente; avulsioné la uña y desbridé con el bisturí las partes blandas, dando salida á una buena colección de pus y sangre negruzca, curando ulteriormente la herida con iodoformo á partes iguales de tanino y café, colocando un vendaje algodonado.

Para no molestar más vuestra atención, os diré que desde dicho día prescribí baños intermitentes, cada vez más distanciados, los calomelanos al interior hicieron cesar la pigmentación biliar, y la belladona y ungüento mercurial, mas la compresión algodonada, acabaron con el edema, cesando todos los síntomas, quedando el enfermo completamente restablecido á fines de septiembre, en cuya época se trasladó á Guadalajara para contraer matrimonio, que había sido suspendido con motivo de dicho incidente.

Como podéis ver, de este envenenamiento se sacan deducciones muy interesantes, y entre ellas las siguientes:

1.ª El caso es de interés, pues hasta 1897 Calmette sólo cita siete observaciones de sujetos mordidos por las serpientes, curados con el suero.

2.ª Hasta el presente desconozco si el suero ha sido aplicado en el extranjero para curar al hombre mordido por la víbora.

3.ª En España, sin temor de equivocación, puedo asegurar que éste es el *primer caso* en el que se ha aplicado el suero antivenenoso.

4.ª El veneno de la víbora es *hemorragiparo*, diferenciándose en esto del veneno de las serpientes. El suero, cuando se aplica tardíamente, como en este caso, no tiene acción directa para evitar estas sufusiones sanguíneas.

5.ª El veneno viperino tiene acción rápida sobre la vejiga biliar; esta acción paréceme que es impediente del desagüe de la bilis, por cuyo motivo se absorbe con rapidez, determinando la pigmentación primaria de la esclerótica y saliva y más tardía de la piel.

6.ª El veneno actúa sobre el bulbo, según puede verse experimentalmente; en este caso los síntomas nerviosos más predominantes han sido: los vómitos, tendencia á la lipotimia y al síncope.

7.ª El proceso supuratorio peri y subungular lo estimo como infección producida por el pañuelo sucio, y quizá también por la saliva del enfermo en el acto de la succión.

8.ª Las heridas tienen tendencia á la gangrena.

9.ª La difusión del veneno es rápida; pero á mi entender, aún le aventaja el suero. En este caso, aún aplicado tardíamente por las circunstancias excepcionales, se demuestra que su principal acción está en impedir la generalización del edema, localizándolo al miembro herido; buena prueba que en otro caso acaecido en la misma villa en una mujer mordida por otra víbora, hará unos catorce años, á pesar de la ligadura, excisión y cauterización temprana, el edema se generalizó rápidamente á todo el cuerpo, poniendo en grave peligro su vida.

10. El suero de Calmette es inocuo, y además preventivo y curativo para el veneno reptiliano y de los escorpiones; restablece la función renal, posee acción dinamógena, corrige el colapso y la insuficiencia cardio-renal, siendo en esto similar al suero artificial que, entre otras virtudes, posee las de excitar la hematopoiesis, la neurona, á más de sus efectos hemostáticos.

11. El mejor tratamiento de un mordido por las víboras será la pronta ligadura del miembro lo más cerca posible de la herida, neutralización del veneno en la herida por el cloruro de cal en disolución á 1 por 60 de agua; bien con el cloruro de oro á 1 por 100 ó con el permanganato de potasa y cura posterior antiséptica. Inmediata aplicación de una inyección hipodérmica de suero antivenenoso de Calmette en cantidad de 10 cent. cúb. Cuando se encuentre uno en casos similares al relatado por mí, es indudable que el baño emoliente antiséptico aplicado permanentemente, es un excelente auxiliar para el edema y los equimosis. Conveniente será asimismo favorecer la eliminación renal y hepática, como anteriormente queda indicado.

12. Siendo los animales domésticos, bueyes, caballos, carneros, perros, los más frecuentemente mordidos, causando con ello grandes pérdidas á los ganaderos y agricultores, deberá seguirse con ellos igual tratamiento, inoculándoles el suero preferentemente bajo la piel del lomo, entre las dos espaldillas.

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

CLÍNICA MÉDICA (2.° CURSO) Á CARGO DEL DOCTOR HOMS

ANTISEPSIS GASTRO-INTESTINAL: MANERA DE REALIZARLA

POR

DON BAUDILIO GUILERA Y MOTOS

Alumno de dicha Facultad.

Durante el presente curso clínico, hemos podido observar un cierto número de enfermos, que aun dentro de la *variedad* propia é inseparable del «caso clínico», en concreto, ofrecían cierto aire de familia.

En todos ellos, de entre las indicaciones establecidas, vemos resaltar, la de procurar la antisepsia de las vías digestivas, y entiendo que en el análisis del curso seguido por la afección y del tratamiento empleado, pueden fundamentarse las siguientes consideraciones relativas á la «*Antisepsis gastro-intestinal: manera de realizarla*».

Los fenómenos de infección é intoxicación consecutiva reconocen por causa á numerosos y muy disimilares agentes, y son expresión de diversos mecanismos; ahora bien, es indudable que del conocimiento de los mismos depende en gran parte el éxito terapéutico; la terapáutica, dice el profesor Landouzy debe ser *patogenética* en sus inspiraciones y *clínica* en sus medios de información; por desgracia, con harta frecuencia se olvidan ó desconocen cosas tan fundamentales, lo cual ha sido causa de que otorgando al factor bacteriológico una importancia exagerada unas veces y demasiado exclusivista otras, se abusara de la medicación llamada antiséptica en la desinfección de las vias digestivas.

Para realizarla, es preciso cumplir las siguientes indicaciones que, en líneas generales, constituyen las bases de tratamiento de todo proceso toxi-infectivo: *impedir*, hasta donde sea preciso, la entrada de productos nocivos en el organismo; *favorecer* su eliminación; *dificultar* su producción y *neutralizar* sus efectos.

Para cumplir la primera, poseemos valiosos recursos en la aplicación oportuna de la dieta y determinado régimen alimenticio; en efecto, gran número de substancias nocivas penetran en el organismo por intermedio de los alimentos, sin formar parte integrante de los mismos unas veces, resultado otras de la *alteración* espontánea que hace sean tóxicos por sí propios, merced á substancias producidas por la putrefacción (ptomaínas) ó por ser vectores de microorganismos que, continuando su desarrollo en el aparato digestivo, pueden dar origen á fenómenos de auto-intoxicación consecutiva.

En otras ocasiones no es en la *calidad* de los alimentos donde hallamos la explicación de los accidentes desarrollados sino en la *cantidad;* efectivamente, nada cuesta comprender *cómo* la alimentación excesiva por el sólo hecho de serlo, sometiendo á las fuerzas digestivas del individuo á un trabajo superior á las mismas, altera su funcionalismo normal y, por último, en otro grupo la *condición primordial* de enfermar, no debemos buscarla ni en la calidad y ni en la cantidad, sino en las *condiciones individuales* del enfermo que originan una mala elaboración de los alimentos por causas locales ó generales que preexistían en el individuo.

En resumen: el alimento puede obrar por tres mecanismos:

a) Por llevar en sí la ptomaína;

b) Por contener con ó sin el tóxico un germen especial como los modernamente descritos y estudiados por Gartner, de Van Ermengen, etc., y

c) Porque sin llevar ptomaínas ni gérmenes, pueden favorecer el desarrollo de los que ya contiene el tubo digestivo.

De este suscinto estudio, resulta que la *cocción prolongada* es como afirma Mathieu, una buena condición de antisepsia, que es conveniente limitar la ingestión de substancias nitrogenadas por ser las más aptas para las fermentaciones, despertando así la energía patógena de los gérmenes que habitualmente residen en el intestino, así como la de aquellas otras que por contener gran cantidad de materiales rebeldes á la digestión, determinan retención ó estancamiento de los mismos, primera condición para el desarrollo de fermentaciones variadas.

En realidad, la alimentación desempeña muy importante papel en el complexo morboso de las auto-infecciones gastro-intestinales, como factor nocivo, pero es también cierto que la dieta, el régimen lácteo, el caldo, los purés de legumbres, huevos, carne desprovista de grasa y de tendones, etc., oportunamente empleados, contribuyen poderosamente á conseguir y á consolidar el éxito terapéutico.

Es punto de importancia capital el conocimiento de los «medios de defensa náturales del organismo» y su transcendencia en el proceso infectivo; aquí se encuentra, en mi concepto, la razón del por qué con una medicación sencilla se alcancen resultados mucho más brillantes, que empleando gran número y con *larga manu* substancias que, *in vitro*, podrán haberse manifestado enérgicamente bactericidas, pero que en la Clínica producen efectos perjudiciales á menudo, porque ninguna de ellas está desprovista de acción irritante, anoréxico, tóxico y en resolución perturbadora de los medios naturales de defensa.

Ya los maestros de la vieja Medicina, con verdadera intuición clínica decían: *primo digestio in ore*, y en la actualidad nadie pone en duda la influencia que la masticación lenta, prolongada, el buen estado de la dentición, ejercen en la preparación del bolo alimenticio, junto con la saliva, cuya acción es cada día considerada más importante; modernamente se le reconoce cierta acción sobre los gérmenes, sea esta química como cree Sanarelli ó quimio-táctica, según pretende Hugenschmidt; son todas estas condiciones, que directamente contribuyen al funcionalismo normal del aparato digestivo é indirectamente favorecen la antisepsis gastro-intestinal más poderosamente que la inacabable lista de substancias llamadas antisépticas

El ácido clorhídrico del jugo gástrico ha sido considerado como un

verdadero agente de antisepsis, no sólo por su poder microbicida, sino porque siendo necesario para la digestión las alteraciones en la producción del mismo, sea en exceso, sea en defecto, se traducen en trastornos gastro-intestinales que favorecen el desarrollo y aumentan la virulencia de los micro-organismos, huéspedes del intestino, entre los cuales está plenamente demostrado, pueden encontrarse el bacilo de Eberth, el bacilo coli, etc., en aptitud de aumentar su energía patógena.

El poder microbicida es en este caso, en mi humilde opinión, de importancia secundaria como directamente tal, por esto, entiendo, es equivocada la opinión de Bouchard, Le Gendre y otros, al considerar al ácido clorhídrico como enérgicamente antiséptico, en el sentido en que le preconizan en su concepción patogénica de la gastro-ectasia.

Robin afirma que sus propiedades antisépticas son nulas, pues precisamente en los hiperesténicos con hiperclorhídria, es en los que más abundan las fermentaciones secundarias, y Lesage asegura que los líquidos *hiperpépticos* son más ricos en gérmenes que los hipopépticos; quizá Robin peque por demasiado exclusivista, pues el ácido clorhídrico al igual que los fermentos digestivos, pepsina, diastasa, pancreatina, etc., contribuyen á la antisepsis gastro-intestinal más que por acción directa sobre los gérmenes, por modo indirecto, favoreciendo la digestión de los alimentos, la integridad de los epitelios, la buena nutrición, evitando las alteraciones de *terreno* que en mi sentir son las que en gran número de casos hacen despertar la energía del germen, y no el germen el que produce la primitiva alteración de terreno.

El dar una importancia excesiva al microbio en detrimento de la preponderancia que en el proceso infectivo pertenece al *organismo*, *dimana* del injustificado olvido de la *fisiología patológica;* la acción *a frigore* aceptada por los antiguos clínicos, explíquese como se quiera, es cosa cierta y positiva, conforme prueban ciertas pleuresías, peritonitis, por ejemplo, procesos en los cuales ó no intervienen los micro-organismos ó en el caso en que lo verifiquen es *a posteriori*, es decir, previas alteraciones circulatorias y trastornos de nutrición que independientemente de la *infección* se han producido y son las que disminuyendo las defensas han preparado el terreno para que en ciertos casos, y no en todos, pudiera el germen allí implantarse y vivir.

Charrin ha contribuído poderosamente en el conocimiento de la

patogenia de la infección, y á él pertenece el honor de haber demostrado el papel *activo* que la mucosa intestinal desempeña oponiéndose á la absorción de productos tóxicos contenidos en el intestino y metamorfoseándoles hasta hacerles inactivos.

Conocida es la benéfica influencia de la glándula hepática, de antiguo conocida ya como verdadera salvaguardia de nuestro organismo. Schiff y Roger probaron que la mayor parte de los alcaloides pierden la mitad de su toxicidad al atravesar el hígado, y en la actualidad es innegable su acción antitóxica sobre numerosas substancias resultantes del metabolismo celular y determinados venenos microbianos: la concurrencia vital, la fagocitosis, etc., hé aquí otros tantos factores de defensa.

Expuesta, aunque en esbozo, la etiología y patogenia de la infección en el aparato digestivo y la importancia que la higiene alimenticia posee, pasemos á exponer los medios que tiene el clínico para conseguir la antisepsis gastro-intestinal.

Todos ellos pueden clasificarse en dos grandes grupos:

1.° Medios cuya acción principal es de orden mecánico.

2.° Medios cuya acción preponderante es de orden químico.

El primero comprende la *emesis* y los eméticos, la gastro-clisis, los purgantes y la entero-clisis, y con su empleo nos proponemos, ante todo, la eliminación de la *materia pecante*, ó sea de los materiales alimenticios, substancias tóxicas variadas y gérmenes contenidos en el estómago y en el intestino.

En este grupo halla el práctico los medios más eficaces para conseguir la desinfección del tubo digestivo, hasta el grado en que es útil y posible alcanzarla; su valía supera en mucho á la de los medios químicos (antisépticos); en general, ya que es inútil decir que el valor de todo agente farmacológico depende, no sólo del agente en sí, sino principalmente de su *oportuna aplicación* ó mejor intervención; siempre en sana clínica debe ser la terapéutica *oportunista* en sus decisiones.

La medicación purgante, con contribuir eficazmente como en realidad contribuye á la desinfección intestinal, de nada bueno serviría, sino muy al contrario, su intempestivo empleo en ciertos procesos ulcerativos gastro-intestinales con diarrea y en la generalidad de las formas de tifoidea, etc., en que el llamado método *evacuante* favorece la *perforación*, aumenta la *flogosis*, y así, lejos de combatir, favorece á la infección.

Y dicho esto, podemos afirmar la exactitud de lo anteriormente manifestado.

Sin que pretenda enumerar todas sus indicaciones, diré que en los casos de indigestión ó empacho gástrico, con estado nauseoso persistente, cefalalgia, pesadez, dolor en el epigastrio, la indicación capital es procurar la *evacuación*; he aquí un caso en que un emético sin ser propiamente antiséptico, realiza indirectamente la desinfección mejor y más rápidamente que todas las substancias bactericidas habidas y por haber.

La gastro-clisis, medio del que se ha abusado, es no obstante en ciertos casos de indiscutible valía, como dice Lemoine (de Lilla), por ejemplo, en los de empacho gástrico repetido, en que el mal funcionalismo tiende á hacerse enérgico, dando origen á exageradas fermentaciones.

Los purgantes tienen de antiguo reconocida su eficacia, con ellos podemos conseguir una rápida y abundante eliminación de productos nocivos; lo que importa es saber escoger la substancia y apreciar la oportunidad de su empleo.

Así vemos que en los casos de empacho gastro-intestinal, con predominio intestinal y diarrea, es á los *salinos* y no á los *drásticos* á los que acudimos, pues la enérgica acción irritante que poseen sería á todas luces perjudicial; por análogo motivo son los colagogos los preferidos cuando coexiste con fenómenos hepáticos.

Los calomenanos, en concepto de Stern y Boas, merecen ocupar el primer lugar entre los medios de que disponemos para realizar la antisepsia intestinal.

En clínica han podido apreciarse sus efectos en los comienzos de una infección general, con determinismo intestinal, tal como la ebertinina ó la coli-bacilar, casos en los cuales es el más ventajoso, porque á su acción purgante reune en mayor ó menor grado la antisepsia, como cree Furbringer.

Con los *enemas* podemos cooperar muy útilmente á la desinfección intestinal por su acción mecánica de arrastre de los productos retenidos, y además por la acción antiséptica que en mayor ó menor grado pueden desarrollar en virtud de las substancias medicamentosas que se añaden.

En el presente curso hemos visto manifiesta la saludable acción que ejercen los enemas de infusión de tomillo y eucaliptus, á los cuales se asocia una corta cantidad de resorcina, exentos de los inconvenientes del empleo de la solución saturada de ácido bórico, re-

comendados por otros clínicos, á pesar de ser muy irritante, como ya dijo Bouchard.

En cuanto á las substancias clasificadas en el segundo grupo, su importancia ha sido limitada por los actuales y más completos conocimientos del proceso infectivo.

Estamos hoy muy distantes de participar de aquel *furor microbicida* que se apoderó de tantos prácticos y dió origen á lamentables resultados.

Hoy sabemos que no es preciso destruir los gérmenes con substancias enérgicas, que á la vez son tóxicas, que cierran el riñón para obtener la antisepsis gastro-intestinal, es más, sabemos que es *ridículo* por lo imposible, el pretender conseguirlo en nuestro caso, y por añadidura perjudicial.

Dujardin-Beaumetz hace más de siete años hacía notar el significativo hecho siguiente: los tifódicos sujetos al Hospital Midi (París), á un tratamiento mercurial extremadamente riguroso, presentaban las más graves formas de tifoidea, hasta el punto, dice, que casi todos morían víctimas de la enfermedad.

En Clínica hemos visto dar la preferencia á substancias menos enérgicas, pero de acción fisiológica mejor conocida ó menos irritantes y no tóxicas, que por una parte no perturban el trabajo de defensa y por otra contribuyen á hacer impropio el medio para la *pululación* del germen; el ácido cítrico, salicina, benzonaftol, resorcina, hé aquí substancias cuyos excelentes efectos hemos podido comprobar.

El método antiséptico, dice Robin en su *Terapéutica de las enfermedades del aparato digestivo*, es además de irritante, anoréxico, antiséptico, y se preocupa únicamente de una complicación, á saber: las fermentaciones.

Stern ha llegado á decir que los antisépticos internos se sostienen merced á los reclamos de las fábricas de drogas, y aunque se reconozca en ello cierta exageración, es forzoso convenir en la utilidad de limitar su uso y dar á corta dosis substancias cuya acción fisiológica está incompletamente conocida.

Por ningún concepto estamos autorizados para emplear el *eucaliptol* hasta la cantidad de 5 á 6 gramos, la resorcina de 2 á 5, la naftalina, el ácido fénico hasta la de 4 gramos en poción, etc., que son verdaderamente perjudiciales como enseña la Clínica, aunque aquellas hayan sido recomendadas por ciertos prácticos, que dejándose llevar por entusiasmo exagerado, creyeron que la bacteriología de-

bía enseñorearse de la Clínica y olvidaron la transcendental verdad de que «tratar enfermos y no tratar enfermedades es la misión del clínico».

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 26 *de Mayo de* 1900.

Resección de la cabeza del húmero.—El Dr. San Martín: Trátase de un individuo robusto, cartero, que tuvo una caída y sufrió un fuerte traumatismo en el hombro, el cual determinó la luxación del húmero. A pesar del gran número de tentativas, verificadas por médicos y curanderos, para obtener la reducción, no pudo ésta conseguirse. Con el mismo objeto y sin resultado, se verificaron en un hospital de esta Corte dos artrotomías por un operador, de cuya destreza no se puede dudar. Cuando ví por primera vez al paciente presentaba los síntomas de inspección y palpación característicos de luxación no reducida, humeral, subcoracoidea, pero con algún movimiento. Decidida la operación, se practicó la resección de la cabeza del húmero y se hizo la reducción, seguida de las prácticas del amasamiento al vapor y de la gimnasia dirigidas por el Dr. Decref, las cuales han dado algún resultado, aunque no tan acentuado como fuera de desear. Este caso presta á mi juicio varias enseñanzas; la de que se puedan practicar varias tentativas de reducción sin que se resienta la salud del enfermo; la de que estos casos deben someterse á la radiografía después de las primeras tentativas de reducción, pues en este caso se hubiera visto que, además de la luxación, había una fractura del cuello quirúrgico del húmero y, por lo tanto, no se hubieran hecho las artrotomías; la de que deben practicarse con mucha cautela las reducciones en este género de luxaciones, especialmente en los tiempos de rotación, porque seguramente esa fractura no se produjo en el momento del accidente sino en el momento de la reducción; y la de que las luxaciones escapulo-humerales susceptibles de artrotomía son las recientes y quizá las de la primera semana.

Calefacción artificial del cuerpo humano.—El Dr. Espina: Todos sabemos lo difícil que es aplicar constantemente el calor á las diversas regiones del cuerpo, con objeto de que éste goce de una temperatura invariable. Los recursos ideados se estrellan en la práctica y yo he encontrado un pequeño aparato que fué presentado á la Academia de Medicina de París hace un mes próximamente, que consiste en una lámpara de alcohol con amianto, una calderita de circulación constante de vapor y una serie de aparatitos adaptables á las diferentes regiones del cuerpo. Le he probado y, efectivamente, se puede

mantener un calor regular tanto tiempo como se quiera, porque no se vierte, no humedece la piel y no se evapora ni se enfría.

El Congreso de Nápoles acerca de la tuberculosis.—El Dr. Espina: Este Congreso se ha dividido en cuatro Secciones: una de etiología y profilaxis; otra de patología y clínica; otra de terapéutica y otra de sanatorios. En la primera Sección se ha afirmado categóricamente la unidad de la tuberculosis y que esta enfermedad puede desarrollarse en sujetos vigorosos sin predisposición alguna. Se ha fijado el concepto de la contagiosidad, y, en consecuencia, la discusión se ha dirigido á determinar las precauciones que deben tomarse contra el producto más contagioso: contra el esputo. La hospitalización ha sido tema de la segunda Sección, y el Congreso se ha declarado partidario del aislamiento de los tuberculosos; y por lo que atañe á la patología, se han estudiado detenidamente las tuberculosis asociadas, las hemoptisis, la arterio esclerosis tuberculosa (llegándose á la conclusión de que el bacilo de Koch y sus toxinas y las bacterias á él asociadas tienen una acción electiva y letal sobre la túnica de las arterias) y el diagnóstico precoz de la tuberculosis, señalando particularmente las deformaciones del tórax, la pleximetría, los rayos X y las arritmias respiratorias, sin ocuparse en el estudio de la fiebre. La Sección tercera ó de terapéutica ha condenado que los tuberculosos vivieran en atmósferas viciadas y los ha lanzado á vivir como los pájaros, respirando el aire puro é iluminado por el sol y prohibiéndoles estar fuera de cubierto por la noche. Por último se ha considerado de absoluta necesidad respetar el tubo digestivo y condenar la polifarmacia.—Codina Castellví.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 4 de Mayo de 1900.

Neuralgia abdominal.—El Dr. Valle y Aldabalde: El enfermo de treinta años que tengo el honor de presentar á la Academia, es soltero, jornalero, natural de un pueblo del partido judicial de Albacete, é ingresó en la sala 28 del Hospital Provincial, el día 14 de marzo del año actual. Como antecedentes de familia sólo sabe que su padre murió de pulmonía á los cincuenta y seis años. Los antecedentes personales también son nulos.

A la edad de cinco á seis años, iba en una ocasión sobre un carro de basura y creyendo el carretero que nuestro enfermo se había bajado del carro, volcó su contenido, el cual vino á caer sobre el sujeto de referencia. El carretero no se enteró de lo sucedido, ni por lo tanto de que el niño había quedado en la carretera sin sentido, en cuyo estado hubo de permanecer, según lo contaron, cosa de media hora. De resultas de estos accidentes, tuvo que estar en cama cerca de un mes, con vómitos y otros síntomas, á que no alcanza su memoria. Desde que él recuerda, los síntomas de su padecimiento dice que consisten en dolores de vientre que se exacerban alguna que otra vez, sin que estas exacerbaciones, dice él, tengan relación con las comidas. Este dolor es más marcado en la región epigástrica; pero se irradia hacia la hipogástrica y á los dos lados del vientre, sobre todo al derecho. Los vómi-

tos que tenía y tiene se presentan á intervalos que varían entre dos y tres días é igual número de semanas. No tienen relación con los dolores; en unos casos son acuosos, en otros se expulsan con ellos materiales alimenticios según la hora del día ó de la noche en que se presentan. Nunca han sido sanguinolentos.

El vientre está casi siempre muy distendido, particularmente en su mitad superior. También se observan variaciones aunque pocas y no muy marcadas en este síntoma, el cual tampoco guarda relación de intensidad con los vómitos ni con los dolores.

La lengua está más bien algo enrojecida. La sed no es exagerada, pero el apetito está disminuído. Hay estreñimiento. El análisis del jugo gástrico hecho en dos ocasiones diferentes, después de tomar el desayuno de prueba reveló un ligero aumento en la proporción de ácido clorhídrico. Introduciendo agua en el estómago se ve que esta víscera puede contener más de 1800 cent. cub. de líquido, y por lo tanto, una cantidad mayor que la normal. Al mismo tiempo desciende el límite inferior de dicho órgano hasta el ombligo ó quizá un poco más abajo de este nivel. El reconocimiento del vientre por medio de la palpación y después de haber anatesiado profundamente al enfermo no reveló la existencia de ningún tumor, pulsación ni hipertrofia de ninguno de los órganos contenidos en dicha cavidad.

El ligero aumento de ácido clorhídrico en el jugo gástrico, la dilatación del estómago, los vómitos y los dolores, constituyen un conjunto que hace pensar en una hiperclorhídria, diagnóstico que contribuye á afirmar el hecho de que con los lavados del estómago practicados con agua bicarbonatada y con el uso exclusivo ó casi exclusivo de la leche, se calmaron algo los dolores y más aún los vómitos. Mas es el caso que, por depronto, la etiología súbita al parecer y además traumática de este caso, no se halla de acuerdo con la etiología corriente de la dilatación de estómago producida por hiperclorhídria; este último síntoma, tampoco está tan acentuado que explique los vómitos y sobre todo los dolores que el enfermo aqueja, los cuales á su vez, son los que menos obedecen al régimen lácteo y alcalino, contra lo que estamos acostumbrados á ver en los casos de este género.

Por estas particularidades precisamente lo presento, y debo decir que si bien con el régimen antes indicado y con la administración de laxantes suaves cuando es necesario para combatir el estreñimiento, nuestro enfermo se encuentra mejor que cuando ingresó y mejor también que con otros tratamientos á que ha estado sometido en dos ocasiones distintas en Albacete, la mejoría es pequeña y no hace progreso alguno. Todo esto hace temer que el traumatismo, causa aparente al menos de la dolencia, haya ocasionado alguna lesión irreparable que sostiene el conjunto sintomático que aqueja este enfermo y en especial los dolores que le atormentan y que me han inducido á calificar el caso de neuralgia abdominal.

También he de manifestar que los calmantes sólo han producido efectos del momento y que han sido inútiles la hidroterapia en varias formas y la electroterapia.

PERIÓDICOS

Tres casos de sífilis.—El Dr. D. José Ogazón, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, los casos relativos á un hombre de treinta años, robusto, curtido por los aires del mar, y sin antecedentes dignos de mención.

Dijo que desde hacía ocho días, al anochecer, sentía un dolor de cabeza que cada día era más fuerte, llegando á ser insufrible, que solía durarle tres ó cuatro horas y que casi siempre desaparecía después de sudar; al día siguiente se encontraba bien y podía dedicarse á su oficio de marinero.

Por más que no había escalofríos, diagnosticó el Dr. Ogazón *paludismo cotidiano de forma larvada*, y prescribió 2 gramos de sulfato de quinina, en 8 cachets; 4 después de los sudores el primer día, y 4 el día siguiente á la misma hora.

Tres días después, los dolores de cabeza seguían en aumento, que había tenido frío y que no se encontraba tan ágil durante el día, notando algo de dolor en las piernas.

Insistió con el sulfato de quinina, á la dosis de gramo y medio dividido en 4 cachets, para tomarlo como los anteriores.

Fué llamado con urgencia porque el enfermo estaba desesperado después de haber tomado los cachets. El cuadro era imponente: el enfermo aquejaba una cefalalgia violentísima, gritaba desaforadamente, la cara congestionada, á intervalos convulsiones, en las que eran insuficientes dos hombres para sugetarle; parecía que este individuo estaba preso de un ataque de alcoholismo agudo.

Algo indeciso ante tan inesperada complicación, prescribió una poción con bromuro sódico y cloral, tazas de café, sinapismos volantes, reservándose para más tarde, si este estado no desaparecía, aplicar sanguijuelas en las apófisis mastoides, y hasta recurrir á la sangría, dada la robustez del sujeto.

Por la mañana del siguiente día, el enfermo estaba levantado, tranquilo, temperatura normal, y contando lo sucedido con los más insignificantes detalles; la cefalalgia había desaparecido, no quejándose más que de dolores por todo el cuerpo y algo de sordera y ruido en la cabeza.

Observados con detenimiento todos los aparatos, no consiguió más que aumentar las dudas, pues no se encontró nada en ellos de particular. Maquinalmente se le ocurrió tocar las ingles, y notó que en ambas había adenitis; los ganglios submaxilares estaban infartados, en la cara interna de los muslos vió algunas manchas obscuras no bien circunscritas. Examinó el glande y encontró una cicatriz no reciente, pero indurada aún.

Prescribió el ioduro potásico: 4 gramos las primeras veinticuatro horas, el siguiente día 6 gramos, manteniendo esta dosis durante cuatro ó cinco días.

Desde que el enfermo empezó á tomar el medicamento, desapareció la cefalalgia, y á los ocho días estaba perfectamente. Le aconsejó fricciones mercuriales y un plan antisifilítico.

Este individuo se marchó con su barco, y acabó por confesar que había tenido hacía algunos años una úlcera y un bubón que no supuró; le asistió un

curandero de mucha fama, que le aseguró que estaba completamente curado, y que como él no creía que pudiera tener relación la enfermedad de ahora con la de entonces, fué el motivo de su tenaz negativa.

N. N., casada, de veintidós años y bastante robusta. Estaba en la cama, sin fiebre, con una cefalalgia á intervalos muy intensa, dolores insufribles en los muslos y piernas; tenía el cuerpo cubierto de úlceras de fondo obscuro, irregulares, extensas unas, profundas otras, hasta el extremo que por encima de la ingle derecha había una de tanta profundidad, que cogía dentro un huevo pequeño de gallina; estaba en posición supina, única posible, siéndole difícil hacer el menor movimiento.

Cuando la vió por primera vez, hacía un par de meses que empezó á notar que el cuerpo se llenaba de manchas y que éstas se ulceraban, llegando al estado anteriormente dicho; los dolores empezaron hacía algunas semanas.

No cabía duda que se trataba de efectos secundarios de la sífilis: ¿Cuál fué la puerta de entrada?..... El marido aseguró que no había tenido roce con otra mujer más que con la suya; la enferma aseguraba lo mismo; los vecinos aseguraron que gozaban fama de ser un matrimonio ejemplar.

Al año de casados tuvieron un hijo que falleció al poco tiempo. Aconsejados por la familia, vinieron á Palma, llevándose de la Inclusa un niño de pocos días, muy raquítico, al que repugnaban tomar, pero la circunstancia de no haber otro les decidió y se lo llevaron.

Al poco tiempo de tener la criatura, le salió una úlcera en los labios y poco á poco se le puso toda la boca mala, apenas podía mamar, y en vez de nutrirse fué cada día empeorando, hasta que, á los dos meses de tenerlo en su compañía, murió.

A la nodriza le quedó una excoriación en el pezón, que curó fácilmente; al poco tiempo de morir el niño fué cuando la enferma empezó á sentirse mal.

Si antes se dijo que no era posible dudar del diagnóstico, con lo expuesto no puede ser más claro.

Formuló el ioduro potásico á la dosis de 6 gramos en las veinticuatro horas, y lo aumentó después á 8 gramos, sosteniendo esta dosis por espacio de una semana.

La mejoría fué tan notable, que á los ocho días la enferma pudo levantarse; lo que le valió al Dr. Ogazón bastante reputación en el pueblo.

Suspendió el ioduro y empleó las fricciones mercuriales hasta el ptialismo; y curado éste, el jarabe de Gibert, cuyo uso recomendó mucho tiempo.

Al mes, las úlceras cicatrizaron por sí solas y los dolores desaparecieron, no quedando más que las manchas azuladas.

Se trata de un sujeto de apariencia robusta y de unos cincuenta años de edad. Un flemón de la mandíbula inferior fué el comienzo de la lesión; á los cinco días supuró y se extrajo una pequeña exquirla, que fué atribuída por el enfermo á la avulsión de una muela que se le extrajo un mes antes.

Siguió, á pesar de esto muy molestado: la inflamación de la mandíbula, lejos de ceder, seguía en aumento, y cuatro ó cinco días más tarde, le extrajo con los dedos dos muelas que estaban casi desprendidas.

Sospechando una lesión del hueso, preguntó al enfermo si había padecido sífilis, á lo que contestó que en sus mocedade tuvo una úlcera, pero que creía haber quedado bien curado.

Un secuestro de regulares dimensiones aparecía en el borde alveolar del maxilar inferior izquierdo.

Se trataba de una necrosis producida por su antigua lesión, planteando un tratamiento antisifilítico, en el que se tuvo que hacer uso casi exclusivamente de los mercuriales, porque el ioduro potásico no era tolerado más que á dosis sumamente pequeñas.

A los diez días, y después de ligeras manipulaciones, armado de una pinza fuerte, se pudo extraer el secuestro saliendo espontáneamente en otros días sucesivos, otras pequeñas exquirlas.

El ptialismo que se presentó, fué difícil y largo de combatir; la herida fué cicatrizando con rapidez, estando restablecido el enfermo á los dos meses de iniciado el primer flemón.

Se le recomendó ejercicio, buena alimentación y mucho consumo de jarabe de Gibert, por ser el medicamento que toleraba mejor.

Estos casos demuestran lo siguiente:

1.° Que por más que todos sabemos que desgraciadamente la sífilis es muy frecuente en la especie humana, yo creo que si pudiera saberse la verdad, se vería que la cifra de sifilíticos es mucho mayor de lo que se cree, más de un 50 por 100;

2.° La poca frecuencia con que los enfermos confiesan su dolencia, unas veces por ignorancia y otras por incomprensible terquedad;

Y 3.° Es útil el empleo del ioduro potásico, especialmente en las cefaleas y dolores osteóscopos, y en general en todos los casos que el enfermo ha estado mercurializado, aunque haya sido insuficientemente, por lo que se atreve á parangonar á este medicamento como piedra de toque en los casos sospechosos y no confirmados, con el sulfato de quinina en el paludismo. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 24 *y* 31 *de Julio de* 1900.

Aneurisma del tronco braquio-cefálico. Ligadura. — El Dr. Le Dentu leyó un informe sobre un trabajo del Dr. G. Marchant *Tratamiento de un aneurisma del tronco braquio-cefálico* por la ligadura de la carótida primitiva y de la axilar del mismo lado. El enfermo fué sometido antes por el Dr. Lancereaux á las inyecciones de gelatina; en vista de la ineficacia de ese método se recurrió á la intervención quirúrgica. El Dr. Marchant ligó los vasos indicados, y el enfermo curó. ¿Obliga este éxito á aconsejar en tales casos el tratamiento quirúrgico por la ligadura de los vasos aferentes? Algunos de los resultados obtenidos por el Dr. Lancereaux son tan satisfactorios, que

conviene siempre ensayar, ante todo, el tratamiento medicinal; pero es preciso no dejar que el aneurisma adquiera tal volumen que haga peligrosa la intervención quirúrgica. Esta es gravísima: la ligadura simultánea de la carótida primitiva y del tronco arterial del miembro superior, origina con frecuencia la muerte. Las estadísticas indican una tercera parte de éxitos. Este resultado justifica la intervención quirúrgica en una enfermedad tan grave cuando fracasa el tratamiento medicinal.

La durina y su parásito.—El Dr. Nocard leyó un informe sobre un trabajo de los Dres. Buffard y Schneider, referente al parásito de la durina del caballo.

La durina es una enfermedad del caballo y del asno, contagiosa por las relaciones genitales; se la llama vulgarmente enfermedad del coito. Los síntomas aparecen ocho ó quince días después del coito infectante; los primeros son locales y pueden desconocerse; consisten, en el macho, en infarto edematoso y casi siempre unilateral del prepucio, y en la yegua en infarto de uno de los labios de la vulva con secreción vaginal muco-viscosa. No hay fiebre, pero sí enflaquecimiento rápido, parexia de los miembros posteriores, hipertrofia indolente de los ganglios linfáticos, placas cutáneas circulares con engrosamiento, congestión é infiltración de la dermis; estas placas son móviles y fugaces.

A la autopsia se encuentra degeneración de los órganos y en particular de la médula que presenta focos de reblandecimiento hemorrágico.

El agente patógeno de la durina se ha desconocido hasta estos años últimos. En 1896 Rouget, médico del Hospital Militar de Argel, descubrió en la sangre de un caballo que padecía durina, un parásito del género tripanosoma, inoculable al conejo, al ratón y al perro.

Buffard y Sneider han vuelto á encontrar este tripanosoma en la sangre de un caballo padre que padeció durina; han podido inocular al perro, y, de los perros infectados, reproducir la enfermedad en el caballo con todos sus caracteres incluso la transmisibilidad por el coito. El parásito es una especie de filaria cuya parte anterior abultada está provista al parecer de una membrana ondulante y contráctil, y cuya parte posterior es afilada y termina en una especie de flagellum. Este tripanosoma es análogo al encontrado por Lœwis en la sangre de las ratas de alcantarilla, por Evans en la sangre de los animales de la India que padecen *surra*, por Bruce en la sangre de los animales del Africa austral afectados de *nagana* ó «enfermedad de la mosca tsé-tsé».

Al principio fué algo escéptico respecto á la acción etiológica del tripanosoma, parásito de poca importancia. Pero después he comprobado todos los hechos referidos, y por medio de un perro infectado que me han remitido de Orán, he podido reproducir la durina en perros, conejos, ratones y caballos.

Puede afirmarse, por lo tanto, que el problema de la patogenia de la durina está resuelto.

Queda por averiguar si la *surra* y la *nagana* son la misma enfermedad que la durina. Los parásitos son muy parecidos. El tripasoma se especializa con rapidez á una especie animal y esta adaptación puede explicar por qué el parásito de la durina, especializado durante mucho tiempo al organismo de

los equidos, ha perdido su aptitud de vivir en el organismo de otros animales, y en cambio, una variedad idéntica inoculada por la picadura de la mosca tsé-tsé, puede producir en éstos la *nagana*. Creo que la durina, la *surra* y la *nagana* son manifestaciones diferentes de una misma enfermedad, debida al mismo parásito.

Patogenia en la pelagra.—El Dr. Babés: Las lesiones que he encontrado en la autopsia de los enfermos que padecían pelagra, y en particular las de las células nerviosas descritas por Marinesco, Manicahde y por mí, confirman la opinión de que la pelagra es una enfermedad de origen tóxico. Se ha atribuído á los alimentos averiados, en particular, al maíz; he conseguido aislar de éste una substancia tóxica que mata con rapidez al conejo. Para comprobar el carácter específico de esta substancia, he procurado averiguar si es influída por el suero sanguíneo de los pelagrosos curados, en la idea de que se forma en la sangre de estos enfermos una anti-toxina. He visto, en efecto, que los animales inoculados con suero de pelagrosos, á la vez que con la toxina del maíz averiado sobrevivían mucho más que los no inoculados con suero. Creo, por lo tanto, haber aislado el principio tóxico que produce la pelagra.

La tuberculosis pulmonar en Tunez.—El Dr. Schoull: La tuberculosis es frecuente en Tunez entre los judíos y musulmanes. En el Hospital Civil, de 120 defunciones, 48 fueron debidas á esta enfermedad.

He ensayado en los tuberculosos la acción de los medicamentos aconsejados recientemente: metabanadato de sosa, cinamato de sosa, cacodilato de potasa, thiocol. Los dos primeros no produjeron mejoría alguna; los últimos, impotentes contra la tuberculosis cavernosa, han sido eficaces en los reblandecimientos simples. He visto en dos casos desaparecer los bacilos de los esputos bajo la influencia combinada del cacodilato, del thiocol, del reposo y de las prescripciones higiénicas. — F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

Sección de Patología interna.

Patogenia de la gota. — El Dr. P. Le Gendre (de París): Desde que se conoció la naturaleza úrática de los tofos y la uricemia en los gotosos, los teóricos han intentado casi siempre explicar la patogenia de la gota por la acumulación de ácido úrico en la economía y la precipitación del urato sódico en los tejidos. Las teorías principales han invocado: la introducción en exceso por la alimentación de ácido úrico ó de substancias azoadas generadoras del mismo; la formación excesiva de este ácido por destrucción de las nucleínas ó nucleo-albúminas procedentes de los leucocitos ó de los núcleos de todas las células del cuerpo; la acumulación de ácido úrico por transformación insuficiente en urea, por acción deficiente del hígado ó por falta de un fermento que le permita desempeñar su función uropoiética ó

por insuficiencia de las oxidaciones en todo el organismo; la retención de ácido úrico en la sangre por eliminación renal insuficiente; la absorción del ácido úrico en el riñón, que se supone está encargado en estado normal de formar por algunas de sus células el ácido úrico por conjugación de la urea y de la glicocola procedentes del hígado, se hace incapaz de eliminar el ácido formado. Este se absorbe y se convierte en la sangre en cuadriurato de sosa que, superabundante, precipita por ciertas causas en los tejidos en estado de biurato sódico.

Para unos, la presencia del urato sódico en los tejidos articulares provoca sencillamente como cuerpo extraño la reacción inflamatoria paroxística. Para otros, el ácido úrico obra como veneno químico y necrosante, y antes de formarse los depósitos uráticos cristalizados, necesitan mortificarse los tejidos.

Algunos explican las localizaciones gotosas por la menor vascularización ó la resistencia menor de los tejidos predispuestos y la aparición de los accesos por la perturbación de las funciones renales.

Otros atribuyen á una influencia nerviosa las localizaciones, los accesos y las metastasis.

Se ha supuesto también que el ácido úrico sólo es nocivo después de haber experimentado modificaciones físicas ó químicas, y que debe atribuirse también una influencia patógena á otras substancias, por ejemplo, los cuerpos aloxúricos.

Todas estas teorías son susceptibles de objeciones químicas, fisiológicas y patológicas, porque sólo pueden explicar el mecanismo del acceso de la gota, pero no el trastorno celular permanente y transmisible por herencia, que es el lazo necesario entre los accidentes morbosos intermitentes en el individuo, como entre la enfermedad del padre y la del hijo.

La Clínica ha demostrado que la gota se observa muy á menudo en individuos cuyos ascendientes y descendientes padecen enfermedades del grupo llamado artrítico, ó por retraso de la nutrición, en primer término, la diabetes y la obesidad, y que la gota está asociada á veces en el mismo individuo á alguna de estas enfermedades.

Bouchard ha demostrado que la diabetes consiste en una disminución de la aptitud de los tejidos para quemar el azúcar y en llevar á su último extremo las transformaciones de los hidratos de carbono. Si desde el punto de vista clínico la gota es de igual naturaleza que la diabetes, es verosímil que exista en el gotoso una elaboración defectuosa de la materia azoada, una inaptitud de los tejidos para destruir de un modo perfecto la albúmina.

Entre las consecuencias de la destrucción incompleta de los residuos, figura la acumulación en el organismo de ciertos ácidos (oxálico, acético, láctico, etc.) capaces de disminuir las condiciones de solubilidad del ácido úrico, sin que éste exista por necesidad en exceso en la sangre, y de algunos cuerpos orgánicos cuya acción tóxica puede contribuir á la génesis de los accidentes múltiples de la gota.

La Clínica demuestra también las afinidades morbosas de la gota con la albuminuria simple, con la nefritis intersticial, como la frecuencia y la intensidad de las perturbaciones en los gotosos. Puede inferirse de estas coexistencias, que los trastornos funcionales del riñón, igual que los del sis-

tema nervioso, influirán en la preparación de la gota y en la explosión de sus accesos, bien dificultando la eliminación de los resíduos tóxicos con la desnutrición de los tejidos, ó por inhibición neurotrófica del metabolismo intracelular.

Cuando la gota es adquirida, el trastorno nutritivo de las células es debido á una higiene defectuosa (abuso de los alimentos azoados ó abundantes en ácido oxálico y de ciertas bebidas fermentadas, actividad física insuficiente y extenuación del sistema nervioso, ó por la acción de un veneno (plomo).

Cuando es hereditaria, débese á que el trastorno nutritivo generador se continúa á través del óvulo del espermatozoides en la descendencia de estas células.

El Dr. W. Ebstein (de Gottinga): 1.° La gota es una enfermedad más ó menos crónica, cuyo substratum fundamental consiste en una predisposición enfermiza hereditaria que es casi siempre innata. Esta predisposición se llama «diátesis del ácido úrico».

2.° Respecto á la causa íntima de la diátesis úrica, sólo es posible invocar hipótesis. Las relaciones íntimas que existen entre las nucleínas y el ácido úrico, hace suponer que se trata en dicha diátesis de un estado anormal de los núcleos celulares ó del protoplasma del individuo. La predisposición individual, que puede continuarse á través de generaciones enteras y de las razas humanas, tiene una gran importancia en la diátesis del ácido úrico.

3.° Hay, al parecer, circunstancias diversas que pueden contribuir al desarrollo de la diátesis del ácido úrico y á su transformación en gota positiva.

Entre ellas, merecen citarse las siguientes:

a) La gota se desarrolla, en igualdad de condiciones, tanto más pronto y con mayor intensidad cuanto más acentuada es la diátesis del ácido úrico;

b) Hay hábitos, la pereza, los excesos en la mesa, muchas veces ambas causas, que secundan el desarrollo de la gota. Las variaciones temporales que se han observado, pueden atribuirse casi siempre á estas circunstancias;

c) Hay intoxicaciones agudas y crónicas que, en presencia de la diátesis de ácido úrico, favorecen el desarrollo de la gota. Los venenos bacilares tienen en este caso una gran importancia. Son frecuentes las relaciones de la gota con el reumatismo, la sífilis, la intoxicación saturnina. La grippe favorece también su aparición;

d) El contagio, que Boërhaave había considerado como un factor de primer orden, carece de importancia;

e) Los climas no influyen, al parecer, sobre la gota.

4.° El ácido úrico es, al parecer, el veneno de la gota. No se ha resuelto si tienen la misma acción otros productos del organismo pertenecientes á la familia de los aloxúricos. Es probable que influya únicamente el ácido úrico formado á expensas de las nucleínas de los alimentos. No se ha demostrado que en la gota el ácido úrico exista en exceso ni creo que esto sea indispensable. Pero creo que es probable un exceso de ácido úrico. La historia de la leucemia nos enseña que la gota no es el resultado del aumento de la producción de ácido úrico, porque hay en algunos casos de esta enfer-

medad una secreción de ácido úrico como jamás se ve en la gota en este grado.

5.° El ácido úrico es un veneno químico, pero no séptico. Su influencia varía según la edad y según la especie de los animales. Produce alteraciones, inflamaciones y necrosis de los tejidos. Cuando están éstos completamente mortificados, pero no antes, el ácido úrico se deposita en ellos en forma de urato ácido de sosa cristalizado. Tollens cree que el ácido úrico circula en la sangre y en los humores alcalinos del cuerpo en esta forma y no como Roberts cree en la de cuadriurato de sosa.

6.° Para comprender la patogenia de los diferentes síntomas de la gota, debe admitirse: *a*) Una gota articular primitiva; *b*) una gota renal primitiva. La primera es la forma más común de la gota, que permite á los enfermos llegar á una edad avanzada. La gota articular primitiva se desarrolla bajo la influencia de una retención del ácido úrico; está localizada, porque sólo afecta una ó algunas partes del cuerpo. En la gota renal primitiva se trata desde el principio de una retención generalizada del ácido úrico que comprende todas las partes del cuerpo y es ocasionada siempre por una alteración primitiva y natural de los riñones.

El Dr. Sir Dyce Duckworth (de Londres): 1.° La gota, como condición morbosa, depende de un vicio inherente de la nutrición que se manifiesta por un metabolismo imperfecto en ciertos órganos y en ciertas partes del cuerpo, quizá en los riñones y probablemente en el hígado.

2.° El desorden trófico ó la insuficiencia (nutrición lenta) tienden á formar ácido úrico probablemente en exceso y á su retención periódica en la sangre (uricemia gotosa).

3.° La histología no ha dilucidado la naturaleza íntima de este vicio que se refiere á la potencia celular, quizá bajo una influencia neurotrófica, y no que sepamos á un cambio de estructura.

4.° Esta impotencia estructural, ó toda tendencia hacia ella, puede adquirirse y transmitirse como vicio, produciendo así de cuando en cuando la uricemia con efectos de gota en los descendientes.

5.° En la mayor parte de los casos, en condiciones provocadoras, y algunas veces independientemente de ellas, los ataques de gota pueden hacerse más intensos y llegar á una crisis. Estas crisis van acompañadas de un cambio en la estabilidad de sal urática, á consecuencia del cual se forman cristales irritantes de biurato sódico, que precipitan en ciertas partes del cuerpo.

6.° El acceso de gota, el sitio de su aparición y sus metastasis, son determinados por influencias nerviosas, que dependen quizá del centro bulbar. Los ataques locales se fijan en las articulaciones ó en los tejidos debilitados ó que se han hecho vulnerables por una nutrición lenta.

7.° Esta neurosis central es un rasgo característico esencial que puede transmitirse en la patogenia de la gota y depende generalmente de la diátesis artrítica.

8.° La uricemia de la gota es primitiva y no se asemeja á la producida por otros estados morbosos, pero su existencia no es capaz de producir por sí misma ataques de gota.

9.° Los depósitos uráticos de cualquier punto del cuerpo pueden elimi-

narse gradualmente, pero son capaces de hacerse permanentes en los tejidos menos vasculares.

10. Los depósitos uráticos pueden formarse en cantidades enormes en los gotosos sin provocar dolor ó paroxismo.

11. Los caracteres clínicos de la gota indican que los cambios hemáticos (debidos á un metabolismo morboso de los tejidos) y un desorden neurotrófico, actúan como agentes patógenos, y en consecuencia, la gota debe ser considerada como una enfermedad neuro-humoral.

Diagnóstico de la insuficiencia renal. — El Dr. C. Achard (de París): El diagnóstico de la insuficiencia renal se funda en un conjunto de trastornos generales y funcionales, por ejemplo, fenómenos urémicos, hidropesías, signos poco acentuados, brightismo, ruido de galope y en el examen de la orina.

Gracias á la sencillez de su investigación y á la experiencia adquirida sobre este asunto, estos signos son la condición primera de todo diagnóstico de afección renal.

La alteración anatómica y el desorden fisiológico no marchan siempre á la par y por otra parte, las funciones renales pueden estar seriamente comprometidas aunque los síntomas precedentes queden frustrados, la salud general se mantenga bajo una apariencia engañosa y una compensación más ó menos precaria, disimule el peligro que amenaza al organismo.

Es necesario, por lo tanto, una información complementaria, referente al estado funcional. A este efecto se ha imaginado toda una serie de investigaciones que tiene por objeto explorar la secreción urinaria, comparando sobre todo la orina y la sangre por procedimientos clínicos (*dosificación*), físicos (*crioscopia*) y fisiológicos (*toxicidad*).

Además, en vez de estudiar el producto de la secreción espontánea del riñón, se ha propuesto averiguar cómo este órgano cumple un trabajo que se le impone y que consiste en la *eliminación provocada* de una substancia extraña introducida en el organismo á dosis conocida.

De estos métodos, sólo dos son suficientemente prácticos; la crioscopia y la eliminación provocada.

La crioscopia comparada de la orina y del suero, que permite conocer el número de moléculas sin distinción de naturaleza que contienen estos dos líquidos, indica la permeabilidad renal. Unido la dosificación de ciertos materiales de la orina, á la medicación de su volumen y al cálculo del peso del cuerpo, es al parecer susceptible de suministrar datos instructivos sobre el estado de la circulación renal y sobre el conjunto de la nutrición.

Cuanto á la prueba de la iluminación provocada, hecha generalmente con el azul de metilo, permite juzgar en qué límite de tiempo y en qué proporción el riñón consigue desembarazar el organismo de las substancias á las que sirve de emunctorio.

Estas exploraciones diferentes por el mecanismo pueden suministrar indicaciones algo desemejantes. Conviene, por lo tanto, combinar su empleo. Son interesantes desde un doble punto de vista.

Constituyen primero un medio de estudio aplicable á las investigaciones patógenas y son aptas para esclarecer ciertos puntos obscuros, en el dominio de la teoría.

Tienen una utilidad práctica, porque confirman, precisándolas, las nociones adquiridas por el simple examen clínico, tal como suele hacerse á la cabecera del enfermo y hasta sirven para descubrir trastornos de la función renal, inciertos ó desconocidos, en particular en ciertas nefritis intersticiales de marcha insidiosa.

Tratamiento de la colitis muco-membranosa.—El Dr. A. Matieu (de París): Nos limitaremos á indicar aquí sumariamente, las principales indicaciones patogénas y sintomáticas y, á grandes rasgos, la terapéutica más conveniente.

1.° El *estreñimiento* es la regla en la colitis muco-membranosa; suele ser espasmódico. La diarrea, pasajera siempre, es resultado de un ataque de colitis catarral.

2.° Hay siempre en la colitis muco-membranosa una *irritación secretoria* de la mucosa.

3.° El síndrome colitis muco-membranosa, sólo adquiere toda su intensidad en los individuos predispuestos por un *estado neuropático anterior*. La colitis tiende por lo demás á exagerar este neurosismo y á localizarle en el abdomen. Hay también ptosis viscerales.

Localmente el neurosismo produce hiperestesia de las paredes del intestino grueso y altera su movilidad. Es en particular una causa de contracciones espasmódicas.

4.° El estado general y el local, reaccionan muchas veces uno sobre otro y se exageran recíprocamente. La terapéutica, debe tener en cuenta estos dos elementos.

Los desarreglos de la alimentación, los fenómenos dolorosos, la auto-intoxicación, son también sin duda una causa de anemia, de enflaquecimiento y hasta de verdadera caquexia.

5.° Finalmente, ciertas complicaciones, los ataques agudos disenteriformes ó febriles, las hemorragias, etc., son causa de indicaciones particulares.

El estreñimiento es á la vez causa y efecto; es preciso ante todo hacerlo desaparecer; su desaparición es signo y garantía de la curación de la colitis muco-membranosa. Se emplearán para combatirle los medios que no aumenten, ni la irritación secretoria, ni los fenómenos dolorosos, ni la tendencia al espasmo. El aceite de ricino, los enemas abundantes, la belladona, son los mejores.

El aceite de ricino se administrará por la mañana á pequeñas dosis incorporadas al primer desayuno. Su empleo alternará con el de los grandes enemas. Estos conviene administrarlos á débil presión, poco á poco, á una temperatura de 40 grados próximamente y á la dosis de litro y medio á dos litros. Estos lavatorios, calman la irritación dolorosa y espasmódica del intestino, favorecen la evacuación de las materias acumuladas en su cavidad y ejercen una acción de antisepsia mecánica.

Puede utilizarse el agua hervida y para aumentar la acción antiséptica, una disolución débil de biborato ó de salicilato de sosa; para ejercer una acción modificadora sobre el catarro intestinal, una disolución muy ténue de ichtiolato neutro de amoníaco.

Se evitará cuidadosamente todo lo que puede irritar el intestino, los purgantes drásticos, por ejemplo, las inyecciones astringentes, el amasamiento en los casos en que hay hiperestesia marcada ó espasmo doloroso del colon.

Se ha recomendado á veces emplear una alimentación abundante en detritus vegetales: legumbres verdes, frutas cocidas, pan completo, etc. Muchos enfermos no le toleran y es preciso emplear un régimen que favorece el estreñimiento, pero que disminuye la irritación de la mucosa digestiva.

Los enemas de aceite son utilísimos, sobre todo combinados con los lavatorios abundantes á débil presión.

La belladona suele prescribirse con éxito. Calma el dolor y combate la tendencia al espasmo. En casos más raros, se recurrirá al opio y sus derivados.

Las aplicaciones locales calientes y los baños generales calientes ejercen una acción calmante utilísima.

Suele ser ventajoso actuar sobre el neurosismo general por los calmantes nerviosos, la hidroterapia. Muchas veces los enfermos están debilitados, enflaquecidos y es preciso aumentar la cantidad de alimentos y emplear á la vez un régimen más apropiado al estado de su aparato digestivo.

Los ataques disenteriformes se combatirán por los lavatorios con una disolución débil de nitrato argéntico, las hemorragias por las preparaciones de hamamelis y los grandes enemas á 45°.

Sintomatología, diagnóstico y marcha clínica de la colitis muco-membranosa. —El Dr. F. Boas (de Berlín): 1.° Entendemos por colitis muco-membranosa una enfermedad particular catarral con tendencia á las formaciones plásticas del colon.

2.° Al lado de esta forma, la más frecuente, existe otra mucho más rara, en la que el proceso se manifiesta por accesos, mientras que en los intervalos no hay molestia notable, excepto el estreñimiento. Esta forma se designa con el nombre de cólico mucoso.

3.° Existe, por último, otra tercera forma que podría designarse con el nombre de colitis muco membranosa *artificial*. En los individuos que padecen colitis, pero no en los sanos, puede provocarse esta forma por las inyecciones astringentes (sobre todo por el tanino).

4.° La sintomatología de la colitis muco-membranosa se caracteriza por el estreñimiento, los cólicos, la atonía espasmódica de los intestinos, las masas viscosas ó membranosas en las deposiciones y por el estado nervioso general. Pero muchos de estos síntomas pueden faltar. Unicamente el estreñimiento es casi constante.

5.° Lo que decide el diagnóstico es únicamente la existencia de masas mucosas características. Los otros síntomas, la sensibilidad del colon, la coloptosis, los riñones móviles, sólo sirven á lo sumo para corroborar el diagnóstico.

6.° Es indispensable para hacer el diagnóstico comprobar si la colitis muco-membranosa es una afección idiopática ó complicada. Es también importante conocer su origen artificial.

7.° El diagnóstico diferencial se hará únicamente con el cólico mucoso. Es posible casi siempre hacerlo por las observaciones frecuentes y por las inyecciones intestinales metódicas en los intervalos.

8.° La marcha clínica que la colitis muco-membranosa es completamente paralela á la del estreñimiento habitual. Las influencias que corrigen éste, harán desaparecer aquélla y *viceversa*.

Patología y anatomía patológica de la enteritis membranácea y de la cólica mucosa.—El Dr. I. Mannaberg (de Viena): 1.° Debe hacerse una distinción entre la enteritis membranosa (enteritis membranácea) y el cólico mucoso (cólica mucosa).

2.° Con el nombre de enteritis membranosa designamos una afección catarral subaguda ó crónica del intestino grueso, que va acompañada de evacuaciones abundantes.

3.° Con el de cólico mucoso designamos un estado morboso cuyos síntomas clínicos particulares son: crisis paroxísticas seguidas de la evacuación de masas mucosas.

4.° Los dos procesos pueden combinarse algunas veces.

5.° Cada una de las dos formas morbosas, cuyo único elemento común es la existencia de deyecciones mucosas, tiene una patogenia propia.

6.° La primera forma no es, en resumen, sino un catarro del intestino grueso, caracterizado por una evacuación abundante de moco; tiene la misma patogenia que el catarro del intestino grueso en general.

7.° La colitis mucosa, por el contrario, tiene una patogenia particular. En la mayor parte de los casos se apoya en un fondo de neuropatía general (histerismo, neurastenia), y nos inclinamos á considerar el cólico mucoso como una manifestación de la neurosis. En los casos excepcionales en que no hay neuropatía subyacente, el estado morboso debe ser considerado como una neurosis mono-sintomática del intestino.

Al lado de este elemento etiológico fundamental, es preciso tener en cuenta ciertos factores ocasionales susceptibles de provocar paroxismos. Los principales, entre ellos, son las enfermedades del aparato genital (lo mismo en el hombre que en la mujer), las afecciones psíquicas, el estreñimiento, las irritaciones rectales y las enfermedades orgánicas del intestino.

8.° El cólico mucoso va acompañado muchas veces de otras manifestaciones patológicas cuya producción no puede atribuírsele, pero que pueden considerarse como equivalentes del elemento nervioso fundamental: aquilia gástrica, dispepsia nerviosa, estreñimiento espasmódico y enteroptosis.

9.° La anatomía patológica de la enteritis membranosa es la de la enteritis en general.

10. Cuanto al cólico mucoso, en los casos rarísimos en que el examen se ha hecho en el vivo ó en el cadáver, no se ha descubierto lesión alguna apreciable de la mucosa. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 25 *de Julio de* 1900 (1).

Tuberculosis de la sinovial de la rodilla.—El Dr. Quénu: La observación que nos ha comunicado el Dr. Potherat en la sesión anterior de tuberculosis de la sinovial de la rodilla, no es única. Yo he observado un caso semejante

(1) Ultima del presente curso.

que fué publicado en 1898 y el Dr. Leguen también citó otro en 1897. De todos modos no es menos cierto que se trata de una forma rara de tuberculosis.

El Dr. Delorme : He observado muchos ejemplos análogos ; las invasiones tuberculosas eran muy extensas y he visto que la curación se obtenía más fácilmente que en las tuberculosis de forma tórpida.

El Dr. Delbet : Creo que esta forma de tuberculosis ha sido muy bien descrita por Kœnig.

El Dr. Potherat : No presenté mi observación como un hecho único, sino por la particularidad de haber tres núcleos que pude extirpar sin hacer una sinorectomía total.

Del tétanos.—El Dr. Reynier : Antes de asegurar que se trata de un ataque de tétanos, como en el caso que nos ha referido el Dr. Routier en la sesión precedente, creo que es necesario buscar la prueba por medio de los cultivos. He aquí un hecho en apoyo de esta opinión. Hace dos años entró en mi enfermería una joven indiscutiblemente histérica que, á consecuencia de un aborto, había tenido accidentes de salpingitis. Del 25 de abril al 31 de mayo, la tuve sin que interviniera; pero después y en vista de que se acentuaron los accidentes hice la laparotomía; al noveno día tuvo accidentes tetaniformes, y, á pesar del cloral y de la inyección antitetánica, sucumbió. Todos los cultivos hechos con líquido procedente de la herida abdominal, de la cavidad abdominal, con sangre del corazón y con el líquido cefalo y raquídeo, han sido negativos desde el punto de vista del bacilo tetánico.

Un caso de embarazo extra-uterino.—El Dr. Delbet : El Dr. Psaltoff nos ha enviado una observación de embarazo extra-uterino que laparotomizó y curó por la marsupialización. Esta observación tiene de particular la existencia de fiebre, sin que hubiese rotura de membranas. Sabido es que en los casos de muerte intra-uterina del feto, la fiebre no aparece hasta que dicha rotura existe, al parecer, pues no sucede lo mismo cuando se trata de embarazo extra-uterino. Por mi parte he observado dos ejemplos de este género.

De la asepsia operatoria.—El Dr. Kirmisson : Nada tengo que objetar á la mayor parte de las reglas que se han expuesto acerca de este asunto. Yo procuro realizar la mayor asepsia posible del campo operatorio, de los instrumentos y de las manos y evito operar un enfermo si acabo de hacer una operación séptica. Sin servirme de guantes ni de careta y sólo utilizando las soluciones antisépticas y los hilos de catgut, he observado que mis resultados no eran inferiores á los de otras enfermerías. He aquí, por lo demás, la estadística integral de mis operaciones : En 1898, 457 operaciones con 28 defunciones y en 1899, 557 operaciones con 41 defunciones, cuyos datos no dan el 7 por 100 de mortalidad.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del dia 5 de Julio de 1900.

Histerectomia Porro-cesárea.—El Dr. A. Routh leyó un trabajo sobre este asunto y refirió el caso siguiente: Cuando vió por vez primera á la enferma, la pelvis estaba ocupada por un fibroide voluminoso y el cuello del útero se hallaba fuera del alcance del dedo, por encima de la sínfisis pubiana. En la semana treinta y cuatro del embarazo, el fibroide pelviano abandonó repentinamente la pelvis; se observó que la cabeza de la criatura se hallaba detenida exactamente por encima del segmento inferior del útero por dos fibroides opuestos. En vista de esto, se practicó la operación Porro-cesárea de preferencia á la pan-histerectomía ó á la operación cesárea con extirpación de los apéndices. Cuando se abrió el abdomen, en la línea media apareció el ligamento ancho izquierdo con el fibroide más voluminoso á su derecha. La incisión uterina se hizo, por lo tanto, detrás del ligamento ancho izquierdo y directamente sobre el lado placentario. La placenta fué separada, las membranas incindidas, la criatura extraida igual que la placenta y las membranas y el útero sacado del abdomen á través de la herida abdominal. La operación se terminó por el método de Baer. La madre y el niño se encuentran en buen estado.

Cree el Dr. Routh que merece discutirse si la amputación supra-vaginal del útero (operación de Porro) con tratamiento retro-peritoneal del muñón, es preferible en manos expertas á la operación Sänger-cesárea con esterilización en todos los casos de obstáculo permanente para el parto que exige la sección abdominal, excepto quizá los debidos al cáncer de la porción supra-vaginal cervical. Cuando se desea obtener una criatura viable de una madre viva por la sección abdominal, los casos pueden dividirse en tres grupos: 1.°, unos en los que la histerectomía (Porro ó pan-histerectomía) con conservación de uno ó de los dos dos ovarios, está absolutamente indicada; 2.°, otros en los que la operación Sänger-cesárea (con ó sin esterilización) está absolutamente indicada; 3.°, otros que pueden tratarse por cualquier operación. La operación de Porro (ó pan-histerectomía) está indicada en los casos siguientes: fibroides obstructores, estenosis cicatricial de la vagina que impide la salida de los loquios, endometritis séptica, feto descompuesto, osteomalacia, á causa de que la extirpación de los apéndices suele ser curativa, hemorragia uterina por inercia del útero durante la operación cesárea. La operación Sänger-cesárea sin esterilización está, por el contrario, indicada en vez de la de Porro cuando se considera conveniente que haya una probabilidad de tener hijos. La operación Sänger-cesárea con esterilización, lo está en los casos de cáncer cervical, cuando está afectada la porción supra vaginal. Quedan sólo en el tercer grupo de casos de operación cesárea con esterilización, los de estrechez pelviana suficiente, y en esto el valor relativo en la operación de «Porro» moderna y el de la operación Sänger-cesárea esterilizadora, merece estudiarse detenidamente.

El Dr. Galabin prefiere llamar á la operación practicada por el Dr. Routh operación de Baer, ó sencillamente histerectomía cesárea, porque la opera-

ción primitiva de Porro es la histerectomía con el muñón uterino fijo á la herida abdominal en vez de estar cubierto por el peritoneo y abandonado en el abdomen como hace el Dr. Routh. Cree que esta operación es la mejor. No cree que el embarazo aumente las dificultades de la histerectomía y la aconseja en los casos de fibroides que oponen un obstáculo al parto. Preguntó al Dr. Routh si fué abundante la hemorragia antes de ligar las arterias uterinas y ováricas, y si usó la ligadura elástica.

El Dr. W. Duncan cree que la histerectomía abdominal con tratamiento intra-peritoneal del muñón, es mucho menos peligrosa que la operación cesárea, excepto en los casos de cáncer del cuello, en los que es preferible tratar el muñón extra-peritonealmente. Prefiere dejar los dos ovarios en vez de uno sólo, porque ha observado varias veces que cuando queda sólo un ovario, sobrevienen síntomas molestos de menopausia, aunque nunca tan intensos como cuando se extirpan los dos.

El Dr. P. Horrocks dijo que es preferible decir operación cesárea en vez de Sänger-cesárea, porque la evolución de la asepsia ha hecho que muchos operadores abandonen la mejora principal de Sänger, el que cosía el peritoneo sobre las suturas profundas. Aunque á su juicio el Dr. Routh ha procedido de la mejor manera en su caso, cree que no es posible dar reglas fijas para todos los casos, porque acontece que á veces es mejor hacer todo lo contrario de lo que se pensaba antes de operar. Hablando en términos generales, prefiere la operación cesárea á la de Porro, dejando estéril á la mujer, cortando con tijeras media pulgada de la parte media de cada trompa de Falopio. La operación es más fácil y satisfactoria para la enferma. A ser posible, deben dejarse los dos ovarios cuando se practica la histerectomía, aunque jamás sobrevienen las alteraciones atróficas de la época crítica cuando se deja uno sólo.

El Dr. W. R. Dakin cree que si se deja el ovario después de la histerectomía, el efecto es el mismo que si se dejan los dos. Concuerda con el doctor Routh, en que la mujer se libra de ciertos peligros si el útero se extirpa en vez de suturarlo, y aludió de una manera especial á los riesgos de infección del peritoneo á través de una herida imperfectamente suturada y á las adherencias entre las heridas uterina y abdominal, capaces de estrangular los intestinos. Si la mujer desea tener hijos, todos los cuales han de salir á través de la pared abdominal, es otra cosa. Ha observado que en estos casos, el colapso después de la histerectomía supra-vaginal, no es mayor que después de la operación cesárea ordinaria; pero cree que no puede decidirse cuál operación se ha de practicar hasta que se ha sacado la criatura á través del útero incindido. En un caso operado recientemente, observó después de extraer el feto, que eran tan visibles y tan fáciles de ligar las arterias uterinas, que extirpó el cuerpo del útero, trató el muñón por el método retroperitoneal, y después suturó la herida uterina y ligó y extirpó una parte de cada trompa.

El Dr. Herbert Spencer manifestó que la operación practicada por el doctor Routh es la mejor. Aunque el tratamiento intra-abdominal del muñón acorta la covalecencia y disminuye el peligro de la hernia, no previene siempre la peritonitis séptica por infección de las ligaduras á través de la vagina (Klotz), ni el peligro de adherencias del intestino á la cicatriz que ocasionó

la obstrucción intestinal. No cree que la operación de Porro deba practicarse en todos los casos de obstrucción permanente, por ejemplo, de estrechez pelviana. Prefiere la operación cesárea conservadora. La esterilización por ligadura ó cortadura de las trompas, expone á peligros adicionales, es de efectos detestables, y cuando menos, discutibles desde el punto de vista moral. La operación cesárea conservadora es conveniente, porque no deja muñón para que se adhieran á él los intestinos, la herida del útero puerperal se adhiere á la del abdomen, y la cavidad del peritoneo no se abre completamente.

El Dr. A. C. Butler-Smythe cree que la operación practicada por el doctor Routh, sólo es posible en un hospital ó donde se cuenta con asistentes hábiles. Cuando está indicada una operación de Porro, por ejemplo, en el caso de fibroides, cree que el tratamiento retro-peritoneal del muñón es preferible al método antiguo.

El Dr. J. H. Targett dijo que la operación cesárea no esterilizadora rara vez está justificada, mientras que entre la operación cesárea con esterilización y la histerectomía supra-vaginal, la balanza se inclina siempre en favor de ésta, porque se practica con más rapidez y previene todo peligro de hemorragia y de sepsis ulterior. Cuando el embarazo se complica con fibroides, las ventajas de la histerectomía supra-vaginal son evidentes.

El Dr. Alba Doran dijo que la operación retro-peritoneal es mejor, siempre que el operador la haya practicado más de una vez en mujeres no embarazadas. Prácticos con experiencia en los partos, pero no en la operación cesárea, han obtenido buenos resultados con la antigua operación de Porro, que es más fácil y rápida. Lepage practicó la operación antigua en el hospital, en un caso de parto de término, complicado con fibroides, en el que había hemorragia abundante, y salvó á la madre y al hijo. Weiss y Schuhl han extirpado el útero en dos casos de rotura espontánea durante el parto; en un caso se empleó la ligadura elástica y alfileres, y la enferma curó; en el segundo, más grave, se practicó la operación retro-peritoneal. La panhisterectomía tiene la desventaja de ser más larga que la histerectomía retro-peritoneal.

El Dr. A. Routh dijo que todos los casos de histerectomía practicados en el último período del embarazo (excepto la panhisterectomía), son de la naturaleza de una operación de Porro, y que el tratamiento del muñón es un detalle susceptible de variación. No cree que la antigua operación de Porro sea conveniente en los casos de cáncer avanzado del cuello del útero, á causa de la friabilidad de los tejidos. La diferencia post-operatoria es ligera, dejando un ovario ó dejando los dos. La mayoría de los cirujanos creen que la histerectomía es en la mayor parte de los casos preferible á la operación cesárea con esterilización. Para suturar el músculo del muñón prefiere el catgut á la seda, porque se absorbe antes y el peligro de infección es menor. No cree necesaria la ligadura elástica, pero ha ligado en seguida ó sujetado con pinzas los vasos uterinos. — F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTETRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 29 de Marzo de 1900.

Uso externo de la acetanilida (antifebrina) en la práctica tocológica.—La doctora J. V. Prokofyeva dice, que ya en 1886 el Dr. Krieger llamó la atención sobre las propiedades antisépticas de la acetanilida, que se obtiene por prolongada ebullición de partes iguales de anilina y ácido acético fuerte, y presenta un polvo cristalino blanco, de sabor ligeramente amargo, agrio, enteramente inodoro, que se disuelve con dificultad en el agua fría, pero fácilmente en éter y alcohol. Los experimentos demostraron que una disolución acuosa saturada hace cesar por completo la fermentación alcohólica, retarda la láctica y la putrefacción de los cuerpos albuminosos. Prokofyeva, deseando averiguar la acción de la acetanilida sobre los microbios, había emprendido ya en 1894 una serie de experimentos bacteriológicos con dicha substancia en comparación con el iodoformo, encontrando que en presencia de éste los estafilococos piógenos dorados y los bacilos piociánicos se desarrollaban más rápida y más extensamente que en contacto con la acetanilida.

Desde entonces la empleó en polvo para cubrir las superficies traumáticas en el Asilo municipal de partos de Moscou, que dirigía. En todas las 615 primíparas y en parte de las pluríparas (de las que hubo durante este tiempo hasta 2000) se empleó el polvo de acetanilida sobre todas las fisuras, grietas y desgarros. Todas estas superficies traumáticas se cicatrizaron pronto y sin supuración. En 150 casos de suturación del periné se empleó el polvo de acetanilida, permaneciendo la herida seca y curándose por primera intención, aun en los casos en que por afecciones puerperales había secreción séptica del útero. También se notó un efecto calmante de la acetanilida, que se manifestó sobre todo claramente en los traumatismos dolorosos en la región de la entrada de la vagina, uretra y clítoris. Si además de la mayor eficacia bactericida se tienen en cuenta las otras ventajas sobre el iodoformo, el no ser tóxica, el carecer de olor, el color blanco, la baratura (la acetanilida cuesta diez veces menos que el iodoformo), resulta conveniente la sustitución de éste con la antifebrina, que puede servir también para la preparación de la gasa, que ofrecerá las mismas propiedades físicas de la iodoformada, menos la toxicidad y el mal olor. Asimismo se ha empleado con buen éxito la antifebrina en las heridas y llagas purulentas, y la conferenciante enseña dos pedazos de carne que conserva ya tres semanas sin el más leve olor después de haberlos empolvado con acetanilida. Es verdad que algunos autores señalan fenómenos de intoxicación (colapso, dilatación de las pupilas, sudor frío) á consecuencia del uso de la antifebrina, pero siempre se trató de infantes (espolvoreo del ombligo ó de regiones afectadas de intertrigo), y todos sanaron.

El Dr. Kakushkin dice que la acetanilida parece estar de moda; un médico americano propuso hasta su uso interno para contener un aborto incipiente.

El Dr. Stroganof hace constar que en el Asilo municipal de partos bajo su dirección, hace tiempo que el iodoformo ha quedado sustituído con el xeroformo, por ser éste inodoro y menos tóxico.

El Dr. Vasten dice que también emplea el xeroformo en vez del iodoformo, y está muy satisfecho del cambio.

El Dr. Ott opina que es imposible desterrar del todo el iodoformo, que tiene indicaciones especiales, como en las supuraciones, en que es insustituíble; no ha probado nunca la acetanilida, mas en vista de la comunicación de la Dra. Prokofyeva, le parece digna de comprobarse.

El Dr. Fenomenof, adhiriéndose á la opinión del Dr. Ott, dice que la acetanilida parece convenir en el vendaje del ombligo, sólo que precisamente en estos casos no puede aplicarse por resultar venenosa.

¿Son útiles los baños de limpieza para las parturientes? — El Dr. Stroganof dice que actualmente en todas las Clínicas tocológicas, el baño de la parturiente se considera como indispensable mientras no haya contraindicación especial, y sin embargo, el baño dista mucho de satisfacer las exigencias de asepsia y antisepsia. Desde este punto de vista, hay que advertir ante todo que la mundificación del cuerpo de una parturiente en el baño es altamente imperfecta; el agua, disolviendo y arrastrando mecánicamente las partículas adheridas al cuerpo, las contendrá luego naturalmente en disolución ó suspensión, y al salir del baño la bañada, no pocas de estas partículas quedarán sobre su cuerpo, aun después de una subsiguiente ablución, si tal se hace. En ciertas condiciones, puede hasta resultar que el baño ensucia en vez de limpiar, por hallarse algunas partes del cuerpo (manos, piés, región anal) especialmente sucias ó la bañera no se ha limpiado bien, quedando en la misma inmundicias de la parturiente anterior, pues bien se comprende que la manera ordinaria de limpiar las bañeras (con cepillo ó estropajo, con más ó menos abundante riego de agua tibia), es insuficiente, sobre todo si la bañada tenía en su cuerpo llagas, diviesos supurados, eczemas, etc. A pesar de ser esto evidente, no se ha introducido aún, siquiera en los mejores establecimientos de baños, la esterilización de las bañeras con agua hirviendo ó al vapor.

Otro inconveniente de los baños, es que el agua del baño puede penetrar en la vagina, como se comprende *a priori*, como resulta de casos en que las inmundicias del baño penetraron no solamente en la vagina, sino hasta en el útero, y como Stroganof averiguó experimentalmente á beneficio del ioduro potásico disuelto en el baño y comprobado luego en el fondo de la vagina de la mujer que había estado en el baño durante treinta minutos.

También las observaciones clínicas de Stroganof demuestran que son nocivos los baños. En el Asilo municipal de partos, se emplearon los baños durante el año de 1898, y de 427 puérperas, tuvieron fiebre 81=18'9 por 100. Luego los baños fueron reemplazados por abluciones, y de 640, enfermaron solamente 74 = 11'5 por 100.

En vista de todo esto, Stroganof sienta las siguientes tesis: El agua del baño contiene siempre inmundicia de la persona bañada y hasta partículas de sus secreciones líquidas y sólidas. — El agua del baño puede trasladar á otras partes del cuerpo los estafilococos y estreptococos que quita de los abscesos, úlceras y eczemas que tenga la persona bañada.—Dada la manera usual de limpiar las bañeras, cabe suponer que éstas conservan partículas infectadas procedentes de usos anteriores de las mismas.—En vista de todo esto, el baño constituye una limpieza muy imperfecta. —Los elementos in-

fectivos que se hallen en el agua del baño pueden ir á parar á los pezones de las parturientes como puntos predilectos para la invasión de microbios. — A veces el agua del baño penetra en la vagina y frustra las precauciones de asepsia y antisepsia. — La sustitución del baño de limpieza con el baño ruso ó el simple lavado bajo constante irrigación, proporcionando mejor limpieza de la piel y disminuyendo las probabilidades de una infección de los pechos y de la vagina, debe disminuir el número de las afecciones puerperales.—El reemplazo de los baños con el lavado por irrigación en el establecimiento dirigido por Stroganof, produjo en 640 partos, durante el año de 1899 y parte de 1900, una disminución de 7'4 por 100 de la mortalidad de las puérperas.

El Dr. Dolinsky se declara acorde con las deducciones del Dr. Stroganof, pero considera poco convincentes sus datos estadísticos; la disminución de la morbilidad puerperal puede depender también de otros factores no tenidos en cuenta por el conferenciante.

La Dra. Prokofyeva pregunta cuántas parturientes no tomaron baños en 1898 y cuántas dejaron de someterse á las abluciones en 1899 y 1900. En su Establecimiento, la mayoría no llegan á tomar baños.

El Dr. Stroganof contesta que no puede dar cifras exactas, pero que en 1898 se dieron relativamente menos baños que abluciones en 1899 y 1900.

El Dr. Kakushkin advierte que así el descenso de la morbilidad puede explicarse por el mayor número de parturientes lavadas.

El Dr. Dimant considera las pruebas del comunicante en general poco convincentes; no hizo experimentos directos que demostraran que en la vagina aumentara la cantidad de microbios después del baño. El trabajo de Stroganof sólo confirma el hecho conocido de que el baño ruso vale más que el baño ordinario, pero no responde á la cuestión qué vale más, ¿dar el baño ó prescindir del mismo? Dimant opina que el baño es conveniente, pues si hay inmundicia en la porción inferior de la vagina, el agua que allí penetre la diluirá considerablemente.

El Dr. Ott hace constar que la posilidad de la penetración del líquido del baño en la vagina es un hecho bien conocido que se menciona en los Manuales; en este punto se adhiere completamente á las deducciones del profesor Stroganof; pero siente no poder hacer lo mismo con respecto á los experimentos ni los datos estadísticos; las cifras aducidas llevan cierto carácter indefinido, puesto que ni siquiera sabe cuántas parturientes tomaron baños y cuántas no llegaron á tomarlos. Lo mismo puede decirse de los experimentos: el ioduro potásico podía encontrarse acaso también en la saliva y el sudor, y por tanto, el que se descubrió en la vagina procedía de la excreción y no de la absorción del agua del baño; por otro lado, la aplicación de almidón en polvo podía dar un resultado negativo á pesar de la presencia del ioduro. Para demostrar que los cocos piógenos penetran realmente en la vagina con el agua del baño, era preciso esterilizar antes la vagina y averiguar luego si había microbios y cuáles en la misma. La idea de Stroganof es del todo exacta, pero las pruebas que alega no bastan ni convencen.

El Dr. Stroganof replica que, á su entender, al menos una parte de la reducción de la morbilidad puerperal debe atribuirse al cambio de método sustituyendo los baños con abluciones, y en cuanto á los experimentos, na-

die negará la presencia de estreptococos y estafilococos en la piel de las personas, de la cual pasan al agua del baño y con ésta pueden pasar á la vagina; siendo esto evidente, no hacen falta pruebas.

Hicieron también algunas observaciones los Dres. Zamshin, Kaneguiser y Lichkus. — (*Zhurnal akusherstva*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las úlceras varicosas.—Cuando no son muy extensas y profundas, aconseja Clado el tratamiento antiséptico. Basta para curarlas espolvorear dos ó tres veces al día sobre la úlcera ácido fénico. Si la úlcera es atónica, se emplea con ventaja el agua clorurada. Se aplican sobre la úlcera compresas mojadas en dicha agua, que se renuevan tres ó cuatro veces en las veinticuatro horas, y que se cubren con hule de seda. Cuando principia á cicatrizar, se emplea el ungüento de diaquilón. En ciertos casos es útil la congestion pasiva producida por un constrictor de goma. En las úlceras duras é indolentes, se hace una incisión circunferencial que llegue hasta el periostio. Como último recurso, queda el ingerto de la piel, que puede ser de tres clases: epidérmico, dermo-epidérmico y cutáneo. La amputación es necesaria pocas veces. — (*Le Progrès Médical*).

Hedonal. — El hedonal ó metil-propil-carbinol uretano es una substancia cristalina blanquecina, que puede administrarse en agua alcoholizada ó mejor en sellos, á causa de su sabor. La dosis varía de 7 á 15 decígramos, que el enfermo debe tomar hora y media después de la cena; en los casos felices, el medicamento tarda poco en producir un sueño tranquilo. Los experimentos practicados por Dreser en los animales, prueban que el hedonal es completamente inofensivo. Schüler le ha empleado en 21 enfermos, de los que sólo obtuvo resultado en 9; en 5 su acción fué nula y en 7 dudosa. Cree que no es un hipnótico universal, pero sí útil en los casos de insomnio ligero. No tiene los inconvenientes del cloral y del paraldehído, y puede administrarse durante largo tiempo alternando con el trional.

(*British Med. Journal*).

Úlcera crónica simple de la vulva. — Según las observaciones de Fiocco y Levi, existe una úlcera crónica de la vulva que no es ni venérea, ni sifilítica, ni tuberculosa. Esta úlcera se extiende progresivamente hacia la periferia sin ocasionar grandes molestias; cura en poco tiempo con los medios antisépticos y el reposo en el lecho. La úlcera es ocasionada por una alteración nutritiva y la poca limpieza. La primera crea la predisposición; la segunda mantiene el estado morboso.

(*Giornale italiano delle Malattee veneree e della Pelle*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

NOTAS CLÍNICAS

POR EL DOCTOR

D. ARSENIO MARÍN PERUJO

Profesor libre de enfermedades del aparato digestivo en la Facultad de Medicina de Madrid.

LOS PEQUEÑOS SÍNTOMAS DEL CANCER DEL ESTÓMAGO

La clínica actual del cáncer del estómago impone rectificaciones. Brinton, autoridad de autoridades cuando se trata del cáncer gástrico, tendría que modificar bastante sus conclusiones.

La mayor precisión diagnóstica y las intervenciones quirúrgicas en estos últimos años, permiten afirmar algunos hechos.

El diagnóstico, descansando en los síntomas que antes se llamaban patognomónicos, como quien dice, casi infalibles, representan muchas veces la incertidumbre, algunas la ilusión. Yo mismo he sido gran creyente de ellos; también ahora lo soy, pero con bastantes limitaciones.

Reconozco, como reconoce todo médico observador de los hechos, que no pueden ser desdeñados síntomas como la hematemesis de aspecto de *posos de café;* el dolor lancinante, el asco profundo al alimento, la melena, la demacración, la percepción de una zona indurada, etc.

Pero es evidente y cada día se hace más ostensible, observando enfermos de esta clase, que no constituyen gran excepción los cancerosos del estómago que ingieren y aun digieren perfectamente los alimentos, incluso la carne; que no tienen, ni en poco ni en mucho,

hematemesis ni melena (hecho bastante frecuente, según mi experiencia, y que demuestra que no se debe estar *á la espera* del material gástrico acafetado para decidirse á plantear el diagnóstico), que no sienten el menor dolor lancinante, sino pesadez estomacal, inquietud ángustiosa, etc.; que no vomitan ó que vomitan del mismo modo que el miasténico, el gastrítico ó el dilatado; que no se caquectizan sino muy tarde; que, por último, dado que presenten, cosa que no ocurre siempre, una zona de induración, ésta puede pasar, aun suponiendo pericia y discreción en el reconocimiento, cuando se trata de una sola visita, en un *momento malo*, por el desfavorable cambio topográfico de los órganos, completamente desapercibida.

Además, no siempre se puede hacer el sondaje para demostrar la *aclorhidria* que, por otra parte, tampoco es de un valor diagnóstico absoluto; y en lo referente al bello ideal de ver células cancerosas al microscopio, es extraordinario poder contar con una sola célula *intacta* y utilizable. Respecto á síntomas como la hipoazouria, los infartos ganglionares, etc., unos son muy engañosos y otros pertenecen ya á la caquexia ó semicaquexia.

En estas circunstancias, cuando se destacan pocos síntomas importantes, dos, quizá uno sólo, pueden insinuar y aun decidir bastante los que yo llamo y creo que pueden llamarse pequeños síntomas del cáncer del estómago, que he observado en muchos enfermos. Son estos:

Expuición.—Saliveo frecuente y aun continuo, fácil ó muy angustioso, más por influencia de lesión grave que por influencia de inervación; más por reflejismo subordinado á la neoplasia que por causa determinante de asco ó de indigestión.

Constricción en la garganta y en el esófago. — Da la sensación de un *nudo*, de una especie de *bola* que angustia mucho y muy insistentemente al enfermo, aun sin tratarse del cáncer del esófago.

Estado nauseoso profundo y persistente. — Algunos enfermos de cáncer estomacal no vomitan; la mayor parte vomitan tal cual día y aun varias veces al día. Este estado nauseoso que digo, persiste siempre ó casi siempre, demostrando, por tanto, que no se relaciona con la necesidad del vómito ni con la gran suciedad gástrica.

Vómitos que presentan alguna partícula como de tabaco, como de detritus de procesos quirúrgicos, como de posos de café. — No aludo, pues, á los vómitos obscuros más ó menos acafetados, más ó menos cenagosos, tan demostrativos siempre, sino al material gástrico que, aparte de la espuma especial y de la fetidez que acusan fermenta-

ciones comunes á diversos procesos gastro-hepáticos, contiene, aun siendo sólo vómito mucoso, algún pequeño corpúsculo negruzco y aun grisáceo, por ejemplo, uno, dos, cuatro, lòs cuales, sin una escrupulosa investigación, pasan completamente desapercibidos.

Gran denudación del semblante ante muy pequeño esfuerzo. — Sea porque el cáncer está en sus comienzos ó porque hay inusitada fuerza de resistencia ó, en fin, porque la ausencia de vómitos, de hemorragias, de crisis nerviosa, de transporte canceroso y de infección, ahorren fuerzas y materia, es lo cierto que no se observa á veces sino en período de finalidad el gran síntoma referente al estado general (demacración, aspecto *sui generis*, etc.), y que hay pacientes de cáncer del estómago que á primera vista no lo parecen, por lo bien ó lo regularmente que *llevan* el padecimiento. Pues bien, invítese entonces al enfermo á sentarse en la cama, á ponerse en pié, á pasear durante breves minutos, á subir cuatro ó seis escaleras, á coger un objeto del suelo, á realizar, en fin, un esfuerzo pequeño, y si esto parece no insinuar nada, procúrese presenciar una comida ó una simple ingestión líquida, un vómito ó una regurgitación, y se observará entonces un cambio radical en el aspecto del enfermo (descomposición del semblante, gran ansiedad y desaliento, tendencias vertiginosas, necesidad imperiosa de echarse ó de sentarse, enorme depresión de fuerzas, aspecto cadavérico). Si algo parecido, no análogo, ocurre en la úlcera, será con su correspondiente razón, porque hay ó porque se avecina la gran crisis nerviosa pura ó hiperclorhídrica, la semiperforación, la gran hemorragia.

Además de lo que acaba de manifestarse, analizar é interpretar bien ciertos detalles que corresponden á síntomas muy conocidos, no es cosa indiferente para el diagnóstico, cuando éste no es de los indiscutibles por supuesto. El recordar, ante insistente interrogatorio, un *melena insignificante* en época más ó menos lejana; la huella como de funestos presentimientos y de ansiedad moral retratada en el semblante; la comparación del hambre de la inanición, que suele experimentarse, y que es general de todo el organismo, con la absoluta ó casi absoluta *imposibilidad de pasar una partícula de carne*, que se entretendrá de mejor ó peor modo en la boca; la coincidencia, *nada rara*, de una *lengua limpísima* y húmeda, con gran neoplasia y aun con gran cloaca estomacal, hecho no tan inexplicable como parece, y acerca del cual he llamado la atención antes de ahora, no sólo tratándose de algunos casos de cáncer, sino de muchos casos de gastrectasia considerable; un insignificante *edema de la*

pared abdominal y aun de los párpados, etc.; esas *sensaciones gástricas especiales* (como si hubiese una plancha, un corsé de acero, un animal pegado al estómago ó una enorme pesa que tirase del órgano ó que le comprimiese terriblemente, etc.), que después de parecer demostrar una gran lesión, un elemento *material* de adición, son, bien que acaso un poco más ó menos atenuadas, *constantes, persistentes*, antes y después del vómito, con ó sin hematemesis ó melena, haya una mediana ó una mala digestión; esas *mejorías* que mencionan todos los autores, y que á mí á veces me han sorprendido, aunque no desorientado (uno de nuestros más célebres políticos que murió hace dos años de cáncer del estómago, días antes de su muerte salió, aunque quebrantado, á dar un gran paseo), mejorías no sólo de horas y de días, sino á veces de semanas (claro es que si la mejoría persiste mucho tiempo, esto ya excluye la idea de cáncer, por duro que sea, y, por tanto, por poca disposición que haya á la disgregación tumoral y á la infección); el dato de un *estómago antes excelente* y que en muy poco tiempo se ha perturbado considerablemente y ha perturbado mucho la salud, todos estos detalles, ó sólo algunos de ellos, dicen mucho en favor del cáncer del estómago.

EL SONDAJE EN EL CÁNCER DEL CARDIAS

El enfermo que no puede *pasar* sino de mal modo, con esfuerzos angustiosos, mediante posiciones y gimnasia esofágica especial el alimento hasta el estómago, y que no ha ingerido inconscientemente ó con propósitos suicidas substancias cáusticas (ó muy estimulantes, punzantes ó voluminosas) ni ha presentado nunca espasmos relacionados con gran neurosismo, es, sin género alguno de duda, un canceroso del cardias ó del esófago.

Podrá no suceder esto alguna vez, pero será rarísima.

¿Cómo obra el sondaje en el cáncer del estómago y del cardias?

Hoy se mira con prevención el sondaje repetido. Puede suceder que se creen falsas vías, que haya un desgarro de mucosa, que se amplíe groseramente un divertículum, que se produzca perforación ó hemorragia, y estos posibles peligros no son en verdad compensados con una mediana probabilidad de hacer permeable el esófago.

Es inexcusable si, en la mayor parte de los casos de esta especie, sondar y aun alguna vez repetir el sondaje para precisar datos topográficos é ilustrar al operador si la intervención quirúrgica se impone, sobre todo en el caso felicísimo de extracción en la extremidad

de la sonda de células cancerosas utilizables para el análisis microscópico.

Pero abonarse al sondaje, usar de él todos ó casi todos los días para sostener una suerte de ilusión de que *se abre camino*, es peligroso, no ya sólo por lo que acabo de indicar, sino porque el contacto grosero de la sonda con la neoplasia puede determinar la disgregación de tejidos, el transporte de material canceroso, la infección y hasta la muerte en brevísimos días.

En la enseñanza especial que doy en San Carlos presenté en el mes de abril un sujeto, obrero de panadería, con cáncer del cardias y de la extremidad esofágica inferior. Le sondé con precaución, para precisar datos de estrechez y longitud, dos días; el enfermo siguió puede decirse igual; pero le llevé á la Facultad, y allí, ante los asistentes á mis lecciones, el sondaje, que se hizo con diferentes sondas para dar carácter práctico á la lección, fué quizá demasiado insistente. Iba á ser operado de un día á otro el paciente, pero temió y se marchó de las Clínicas de San Carlos. Supe que había muerto pocos días después.

A un señor enfermo de cáncer del cardias, á quien ví por la misma época, le sometí sólo una vez, para precisar datos, al sondaje. Este, hecho con toda prudencia y *sin forzar*, pues esto sería semibárbaro, probó mal al enfermo. Muy pocos días después sobrevino la muerte. Con sondaje y sin él, el término fatal era seguro y nada tardío, de no intervenir quirúrgicamente, cosa que reputé imposible. ¿Mas no cabe suponer que el sondaje hizo malos oficios y aceleró la muerte del enfermo? He tenido muchos cancerosos del esófago más ó menos tolerantes para la sonda, pero la verdad es que el clínico, en todos estos casos, debe inspirarse en una gran prudencia.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General de Madrid.

Sumario: I. Los colirios oleosos. — II. Las inyecciones hipodérmicas de iodo en la queratitis parenquimatosa. — III. La exenteración ígnea en la panoftalmía.

I. Cada vez van teniendo más partidarios los colirios oleosos, no obstante que algunos oculistas no creen todavía en sus ventajas sobre los acuosos. Los inconvenientes de éstos consisten principalmente en su difícil conservación, en el espasmo del orbicular y en el lagrimeo que provoca su aplicación.

Por esta circunstancia, Panas se servía desde hace mucho tiempo de pomadas de eserina y de atropina en los operados de catarata, con el fin de evitar las bruscas contracciones del orbicular, tan perjudiciales en estos enfermos, que pueden ser causa de la rotura de la cicatriz débil que empieza á formarse.

Pero las pomadas son difíciles de dosificar, y más difíciles aún de esterilizar, por lo cual Scrini ha propuesto sustituir los colirios acuosos por los oleosos; y habiendo empezado á usarlos en los animales y después en el hombre, actualmente se emplean constantemente en muchas Clínicas oftalmológicas.

Las ventajas de los colirios oleosos, resultan del vehículo que se emplea para disolver las substancias activas. El aceite se esteriliza perfectamente, y puede conservarse mucho tiempo sin sufrir alteración alguna. Los colirios acuosos, por el contrario, se enturbian con facilidad, á causa de los micro-organismos que en ellos se desenvuelven. El aceite es un medio impropio para el cultivo de micro-organismos, por lo cual permanecen transparentes durante mucho tiempo, aunque los frascos no estén completamente cerrados.

Los colirios oleosos tienen, además, la ventaja de no provocar el espasmo del orbicular, que constantemente producen los acuosos.

Por otra parte, los colirios oleosos son de una acción más rápida y eficaz que los acuosos. Una gota de cocaína en solución oleosa al 2 por 100, produce la anestesia de la córnea en dos minutos, en tanto que con la disolución acuosa se necesita esperar cinco minutos y

usarla al 5 por 100. Esta rapidez en la acción de los colirios oleosos, depende al parecer de la absorción más fácil de los alcaloides disueltos en aceite que la de sus sales en agua. Acaso dependa también de la ausencia de lagrimeo, pues los colirios oleosos no le producen, en tanto que los acuosos, determinándole en gran abundancia, arroja fuera de los fondos de saco conjuntival gran parte del líquido instilado.

Cualquiera que sea la explicación que se dé, el hecho de la mayor eficacia de los colirios oleosos es cierta; Scrini ha publicado varias observaciones de iritis rebeldes, en las cuales ha conseguido romper las sinequias con la atropina disuelta en aceite, cuando se habían resistido al mismo medicamento disuelto en agua.

Igualmente se han observado casos rebeldes de glaucoma, en los que no había podido reducirse la pupila con la eserina disuelta en agua, y han cedido á la disolución oleosa de la misma.

El inconveniente que tienen los colirios oleosos, es la irritación consecutiva que pueden provocar en la conjuntiva cuando el aceite es de mala calidad, ó no ha sido desprovisto del ácido oléico que contiene.

Debe emplearse el aceite de oliva, que disuelve bien los alcaloides y no es irritante. Además, el aceite se lava al alcohol y esteriliza, según el procedimiento siguiente, debido á Delacour. Se toman 100 centímetros cúbicos de aceite de oliva, y se mezclan con un volumen igual de alcohol á 95°, agitando frecuentemente para hacer más íntimo el contacto, debiendo permanecer mezcladas ambas substancias cuarenta y ocho horas. Pasado este tiempo, se decanta el alcohol que arrastra consigo el ácido oléico que tuviese el aceite. Este se coloca en una cápsula de porcelana, y se hierve á 120° durante diez minutos, con el fin de que se eliminen los resíduos de alcohol que existiesen.

Preparado el aceite según acabamos de exponer, se disuelve el alcaloide en caliente, toda vez que sus sales no se disuelven bien. El empleo de los alcaloides básicos permite obtener colirios perfectamente titulados, lo que no sucede cuando se usan sus sales disueltas en agua.

La atropina, la cocaína y la eserina son perfectamente solubles. Con la cocaína se puede obtener un colirio oleoso por encima del 2 por 100; pero con esta proporción es suficiente para obtener la anestesia, con la misma facilidad que con la disolución acuosa al 5 por 100.

La eserina, la atropina y la pilocarpina se emplean al 1 por 100,

es decir, en la misma proporción que las disoluciones acuosas. La eserina en solución oleosa, cuando está convenientemente preparada, tiene la ventaja de no oxidarse al aire y de no transformarse en rubreserina; oxidación que sobreviene rápidamente con la disolución acuosa, lo cual altera sus cualidades. Para evitar esta oxidación, es menester disolver previamente la eserina en la cantidad suficiente de éter sulfúrico, perfectamente puro, y añadir á la mezcla el aceite; después la mezcla se coloca en baño de maría á 45° hasta la desaparición completa del éter; la solución así preparada es clara, transparente, y no cambia de coloración durante un año.

A los colirios oleosos se les considera como de precio más elevado que los acuosos; pero si se tiene en cuenta su fácil conservación, lo que no obliga á renovarlos tan á menudo, se verá que resultan, por el contrario, más económicos.

El uso de los colirios oleosos es el mismo que el de los acuosos; se emplean en las afecciones externas del ojo, en la cirugía ocular y en el examen oftalmoscópico.

La cocaína en disolución oleosa, además de la mayor energía de su acción en comparación con la acuosa, tiene la ventaja de no alterar el epitelium corneano. Esta particularidad permite emplearla en todas las úlceras de la córnea que se acompañen de blefarospasmo ó de vivos dolores, sin el temor de un retardo en la cicatrización ni de una infección consecutiva á la caída del epitelium. Por la misma razón, la cocaína oleosa debe emplearse para la extracción de los cuerpos extraños de la córnea, que á menudo se complican de úlceras de dicha membrana.

En las operaciones practicadas sobre el globo ocular se instila la cocaína en disolución oleosa al 2 por 100, que obra con más rapidez que la acuosa al 5 por 100. La sola precaución que debe tomarse es la de lavar los fondos de saco conjuntivales después de instilar la cocaína y la de no repetir esta instilación. Es una medida general aplicable á todos los colirios, toda vez que la asepsia completa de éstos rara vez se consigue.

Con las precauciones expuestas, los colirios oleosos pueden emplearse en todas las operaciones que se practican en el globo del ojo, sin que nunca produzcan irritación alguna. Según Scrini y Terrien, dichos colirios favorecen la cicatrización de la córnea en los operados de catarata; en aquéllos en quienes se emplea la cocaína acuosa, la descamación del epitelium corneano es causa indudable del retardo en la cicatrización.

Para terminar, diremos que los colirios oleosos pueden emplearse para el examen oftalmoscópico. Su acción es más rápida; pero en cambio, como la mezcla del aceite con la lágrima forma una especie de emulsión turbia, es menester esperar á que la córnea se lave suficientemente por la lágrima para que esté bien transparente y pueda practicarse el examen oftalmoscópico, lo que tarda unos diez minutos. Sin embargo, el empleo de la cocaína oleosa para este examen tiene sobre la acuosa la ventaja de que, no descamándose el epitelium corneano, además de obtenerse la midriasis con más rapidez.

En resumen; los colirios oleosos son superiores á los acuosos. Scrini ha disuelto en el aceite la duboisina, la hiosciamina, la homatropina, la daturina y la escopolamina. Estos estudios deben continuarse, y tal vez pudiera llegarse á generalizarlos al empleo de los antisépticos, consiguiéndose en la terapéutica ocular suprimir las pomadas iodoformadas, cuya pureza deja siempre mucho que desear. — (Terrien, *Les actualités médicales)*.

II. El Dr. G. Lodato ha publicado en el *Boletino d'Oculistica*, el método que emplea desde hace mucho tiempo, para el tratamiento de la queratitis parenquimatosa.

Sabido es la lentitud que tiene esta enfermedad en su desarrollo, y la poca eficacia de los medicamentos que empleamos para combatirla.

Con relación á su etiología, casi siempre se atribuye la queratitis parenquimatosa á la sífilis, sea congénita ó adquirida, y sabido es, que el tratamiento fundamental de todas las manifestaciones de aquella enfermedad, tiene por base el mercurio y el ioduro potásico. Sin embargo, este tratamiento da escaso resultado en la queratitis parenquimatosa, y sólo contamos con las compresas calientes y la atropina para combatirla, con cuyos medios no podemos evitar que la duración media sea de medio á un año y hasta dos años.

Por tanto, frente á la queratitis parenquimatosa, nos encontramos casi desarmados, desde el principio hasta el fin de la enfermedad, la cual cura por su marcha natural después de sufrir los síntomas característicos y molestos, como son el lagrimeo, los dolores ciliares, el blefarospasmo, la fotofobia, etc.

No son menos largos de duración los casos de queratitis parenquimatosa que reconocen por causa la escrófula. De éstos, el Dr. Lodato ha publicado dos casos refractarios á los medios ordinarios de tratamiento y que curaron con las inyecciones hipodérmicas de iodo,

las cuales ya se han empleado hace muchos años por el Dr. Durante en la tuberculosis glandular, ósea y articular. Véanse brevemente dichos casos.

1.° Joven de dieciocho años, temperamento linfático, labios gruesos, piel fina, tejido celular subcutáneo flácido, anemia ligera y abultamiento de los ganglios submaxilares. No existe sífilis hereditaria ni adquirida.

En ambos ojos se observaron opacidades corneanas, grises, difusas, gran hiperemia periquerática, blefarospasmo, intensa fotofobia. Falta la inyección vascular de la córnea. No existe iritis; la pupila está contraída. En el ojo derecho, la enfermedad empezó hace mes y medio; en el izquierdo un mes. Durante diez días se empleó en esta enferma el tratamiento clásico sin obtener mejoría alguna; desde entonces se empezaron á usar las inyecciones de iodo. A los pocos días de este tratamiento la mejoría era muy notable, cesaron el blefarospasmo, la fotofobia, y se atenuó la inyección periquerática. A los veinte días, la curación era completa en ambos ojos.

Las inyecciones se practicaron en días alternos. Localmente se usaron los fomentos calientes y las instilaciones de atropina.

2.° N. N., de quince años, menstruada desde hace dos, tiene una constitución endeble, color pálido, labios y nariz gruesos, infartos ganglionares en el cuello.

Los padres de la joven gozaron de buena salud y no tuvieron sífilis; una hermana fué nefrectomizada por una tuberculosis renal. La enferma de que nos ocupamos no tiene manifestación alguna sifilítica.

Cuando fué observada por vez primera por el Dr. Lodato, presentaba queratitis parenquimatosa del ojo derecho con infiltración grisácea intensa de la córnea, desde hacía dos meses, durante los cuales fué practicada la cura clásica. En el ojo izquierdo existía la misma enfermedad, pero habiendo empezado mucho después, había marchado con tal rapidez, que toda la córnea estaba completamente turbia.

Los dolores ciliares eran moderados, el blefarospasmo, la fotofobia y la inyección periquerática, muy intensos en ambos ojos.

Desde la primera inyección desaparecieron los dolores y la fotofobia de los dos ojos, hasta el punto que la enferma podía permanecer con ellos abiertos en una habitación bien iluminada, cuando antes los tenía completamente cerrados y la cabeza inclinada sobre el pecho.

A los diez días de usar las inyecciones, el ojo derecho estaba completamente curado, aclarándose la córnea poco á poco, sin pasar por

el período de vascularización. Al mismo tiempo, la córnea izquierda comienza á disminuir su opacidad y la inyección periquerática. Después de veinticinco días de tratamiento, durante los cuales se hicieron 15 inyecciones, la córnea izquierda se hace transparente casi por completo. Las inyecciones se practicaron primero en días alternos, y después diariamente. En los ojos se emplearon en esta enferma la atropina y las cataplasmas calientes.

La solución que emplea el Dr. Lodato, tiene la siguiente composición:

Iodo puro.....	1	gramo.
Ioduro potásico.....	10	—
Agua destilada.....	100	—

H. s. a.

Cada vez se inyecta 1 centímetro cúbico. En ocasiones se inyectan 2, ó se eleva el título de la disolución al 2 por 100.

En las observaciones expuestas se ve claramente que con las inyecciones de iodo, unidas al tratamiento local, desaparecieron rápidamente los dolores ciliares, el blefarospasmo y la fotofobia; además, es evidente que con dicho tratamiento la duración de la enfermedad ha disminuído considerablemente, obteniéndose la curación en poco tiempo y sin pasar la afección por el período de vascularización.

Por otra parte, el Dr. Lodato ha empleado las mismas inyecciones en queratitis parenquimatosas, de naturaleza sifilítica, y no ha obtenido resultado alguno, ni siquiera un alivio de sus síntomas más molestos. De aquí deduce que en la queratitis parenquimatosa de la escrófula las inyecciones de iodo tienen una acción electiva.

Dichas inyecciones se usan ya con buenos resultados por los doctores Angelucci, De Bono y Alaimo, etc., con los mismos resultados que los obtenidos por el Dr. Lodato.

Angelucci hace las inyecciones casi indolentes, aplicando en el sitio de la inyección, durante cinco minutos, un trozo de algodón empapado en éter sulfúrico; el Dr. Durante consigue la anestesia local por medio del hielo; Ceramicola emplea la inyección de cocaína antes de practicar la de iodo; otros oftalmólogos, en fin, emplean el cloruro de etilo.

Nosotros hemos empleado las inyecciones hipodérmicas de iodo en varios enfermos de queratitis parenquimatosa, de naturaleza escrofulosa, con tan buenos resultados como el Dr. Lodato. La duración de la enfermedad se ha abreviado mucho, y la curación se ha obte-

nido en menos tiempo que en otros enfermos tratados con la tintura de iodo, el aceite de hígado de bacalao y demás anti-escrofulosos usados por vía digestiva.

Como la inyección iodada es muy dolorosa, anestesiamos previamente la piel mediante una inyección de cocaína al 1 por 100. Las inyecciones las practicamos en los brazos y antebrazos, alternando en los dos lados.

III. Uno de los puntos más discutidos en oftalmología es el relativo á la clase de intervención operatoria que ha de emplearse en la panoftalmía. Muchos oculistas se limitan á desbridar el globo ocular, facilitando la salida del pus, y á la aplicación de los antisépticos, ya superficialmente, ya inyectándolos en el interior del mismo.

Los más optan por una intervención más enérgica; pero al paso que unos son partidarios de la enucleación, otros creen preferible la evisceración.

La importancia de este asunto es tal, que se puso á discusión en la Sección de Oftalmología del Congreso de Medicina celebrado en París del 3 al 10 del mes de agosto, un tema propropuesto por Flüger titulado: «Valor comparativo de la enucleación y de las operaciones susceptibles de reemplazarla».

El profesor Lapersonne, de Lille, emplea para el tratamiento de la panoftalmitis un proceder operatorio bastante original, y que ni es la enucleación, ni la evisceración, si bien se parece más á ésta que á aquélla. Dicho profesor fué partidario mucho tiempo de la enucleación; pero la circunstancia de haber tenido un caso de defunción después de esta operación, le hizo cambiar de opinión.

Se trataba de una panoftalmitis, poco grave al parecer (*Archives d'ophtalmologie*, 1897), originado por un traumatismo que databa de muchos días, y que en un principio sólo determinó una irido-ciclitis purulenta poco avanzada; el niño fué enucleado, y á la sección del globo ocular se vió que en el vítreo existía poca supuración. Sobrevino ligera reacción local, y sin embargo, á los cuatro días se presentó una meningitis purulenta de pneumococos.

Ante este peligro de las meningitis que siguen á veces á la enucleación por panoftalmitis, Græffe propuso en 1884 la evisceración ó exenteración del globo ocular. Esta operación, muy discutida al principio, tiene no obstante, actualmente, muchos partidarios. No está tampoco exenta de peligros, pues se señalan casos de muerte consecutivos á ella. Además, produce una reacción muy viva, con quemosis y dolores intensos.

Por tanto, se ha tratado de modificar la exenteración cuando se ejecuta por panoftalmitis. El temor de abrir las vías linfáticas, hizo sustituir la cucharilla cortante por la roma y hasta se ha propuesto vaciar el globo ocular por medio de esponjas pequeñas.

Una de las modificaciones más útiles que se han hecho á la evisceración, es la del profesor Guaita, método que se parece mucho al de Lapersonne, pero que, sin embargo, es diferente.

El profesor Guaita practica la exenteración del siguiente modo: después de la excisión total de la córnea, introduce en la cavidad ocular pequeñas esponjas que por un movimiento de torsión desprenden y extirpan la totalidad de las membranas internas, si no hay adherencias patológicas de la coroides y del cuerpo ciliar. Después de una irrigación abundante de una solución fría de sublimado, para cohibir la hemorragia, cauteriza la superficie interna de la esclerótica, sobre todo en la región papilar, con el botón grueso del termocauterio calentado al rojo. El hierro al rojo detiene la hemorragia, asegura la antisepsia, destruye las terminaciones de los nervios y obstruye los pequeños vasos venosos y linfáticos. El autor no practica sutura de la esclerótica ni de la conjuntiva, y únicamente introduce en el ojo una cinta de gasa iodofórmica. Por este procedimiento, la reacción consecutiva á la operación, es casi nula, según dice el autor.

Aunque en el procedimiento expuesto se emplea el termo-cauterio, no queda exento del peligro de abrirse con él las vías linfáticas y venosas y del de persistir en el interior del ojo restos de las membranas internas, que una ligera cauterización no puede destruir.

Por estas razones, Lapersonne se sirve exclusivamente del termocauterio en la panoftalmía para cauterizar profundamente todo el interior de la cavidad ocular. Dicho autor ha reglado el empleo del termo-cauterio y ha constituído la operación que llama *exenteración ígnea*, que practica del siguiente modo:

Cloroformizado el enfermo, se secciona transversalmente la córnea con un cuchillete de Græffe, procurando traspasar algo los límites de aquella membrana. Con dos cortes de tijera, uno en cada mitad de la córnea, queda practicada una sección crupcial, y aquella membrana dividida en cuatro secciones iguales; es conveniente conservar la córnea porque contribuye después á la formación del muñón.

En seguida sale el pus contenido en el globo ocular y se extirpa el cristalino, procurando *no tocar á las membranas*. En seguida se in-

troduce el termo-cauterio grande de cirugía, usando la cuña en forma de cuchillo, calentada hasta el rojo blanco y se le imprime un movimiento de circunducción en todos sentidos en el interior del ojo. Muchas veces es necesario separar el termo cargado de trozos de membranas, de cuerpo vítreo, de masas purulentas, todo lo cual es destruído por el fuego é introducida de nuevo la cuña. La cauterización debe ser muy intensa, sobre todo en la región papilar.

La operación se termina con una inyección de sublimado corrosivo ó de cianuro de mercurio al 1 por 2000, con lo cual se arrastran las partes quemadas que permaneciesen en el interior del globo ocular. No se practica sutura alguna y únicamente se espolvorea el ojo con iodofórmo y aplica cura oclusiva. Esta se debe renovar cada dos días, toda vez que las secreciones suelen ser abundantes.

El primer efecto de la operación propuesta por Lapersonne, es la cesacción absoluta del dolor; es maravilloso ver la sensación de bienestar que sienten los enfermos después que salen del sueño clorofórmico, alivio que no experimentan después de la evisceración de Græffe.

El quemosis y la hinchazón del párpado superior disminuyen rápidamente y del décimo al vigésimo día de la operación, la cicatrización es completa. El muñón es regular, muy reducido, indolente y movible, lo que le permite recibir un ojo de cristal como en los casos de evisceración. Sobre la córnea se ve una cicatriz crucial que corresponde á las incisiones que se practicaron durante la operación.

Esta no origina hemorragia alguna. La coroides, que tanta sangre da en la exenteración, en la operación de Lapersonne, se cauteriza completamente, se adhiere al termo y no da una sola gota de sangre.

No es solamente por destrucción como obra el calor, sino por radiación, que origina la antisepsia de todo el contenido ocular y hasta sobre la córnea y la esclerótica. Destruídos todos los gérmenes en el ojo, se impide el flemón de la órbita.

La pared interna de la esclerótica permanece lisa después de la cauterización, lo que ha comprobado Lapersonne practicando la operación en cadáveres y en animales vivos.

Cuanto á las indicaciones de la exenteración ígnea, puede decirse que los casos más graves de panoftalmitis, son los más indicados para aquella operación. La enorme tumefacción de los párpados, el quemosis que sobresale entre éstos, la inmovilidad del ojo, la exof-

talmía y demás síntomas que indican la panoftalmitis, ceden rápidamente después de la operación.

Esta solamente está indicada cuando el ojo está definitivamente perdido, porque cuando existe una iridociclitis y aún se conserva alguna esperanza de salvar el ojo, no debe emplearse.

El Dr. Lapersonne establece las siguientes conclusiones acerca de su operación :

1.ª La exenteración ígnea, es decir, la destrucción metódica de todas las partes supurantes contenidas en el ojo, después de la incisión crupcial de la córnea, está indicada en todos los casos de panoftalmía, por avanzados que sean.

2.ª El termo-cauterio obra, no solamente por destrucción de la membrana uveal que origina el pus, sino también por el calórico radiante que esteriliza, por decirlo así, todos los tejidos de la órbita.

3.ª Las consecuencias de la operación no pueden ser más sencillas; el dolor se calma rápidamente. La conservación de un muñón pequeño, pero muy regular, permite el uso del ojo artificial.

4.ª La exenteración debe reemplazar en todos los casos de panoftalmía, tanto á la enucleación, como á la exenteración (*Archives d'ophtalmologie*, junio, 1900).

BIBLIOGRAFÍA

POR

D. FEDERICO TOLEDO Y CUEVA

Médico en Las Rozas (Madrid).

I. Anuario internacional de Medicina y Cirugía, por el Dr. G. Reboles y Campos

II. Diagnóstico de las enfermedades del corazón, por el Dr. D. Ricardo Royo Villanova.

I

El *Anuario internacional de Medicina y Cirugía*, es una publicación bien conocida de toda la clase médica española. Su mérito lo prueba el favor creciente que goza esta revista semestral, porque revista es de todo cuanto más notable se publica en los periódicos médicos nacionales y extranjeros. Resulta un libro de utilidad suma, en el que se encuentran consignados los progresos de la ciencia, los

nuevos métodos terapéuticos, las fórmulas más útiles, en una palabra, todo cuanto el médico necesita saber para el desempeño de su profesión.

II

El nombre del Dr. Royo Villanova es bien conocido de todos los lectores de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS, donde ha publicado artículos de gran mérito. Sus dos obras: *Diagnóstico de las enfermedades de las vías digestivas* y *Diagnóstico de las enfermedades de la médula espinal,* prueban que el distinguido Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza, es uno de los que en nuestro país figuran á la cabeza del movimiento científico. El *Diagnóstico de las enfermedades del corazón,* que acaba de publicar, consolida su fama de clínico distinguido. Este libro, en el que el autor sigue el plan trazado ya en sus dos obras anteriores, es un modelo perfecto en su género, un estudio acabado del diagnóstico de las cardiopatías. Hay obras de las que el mejor juicio crítico que puede hacerse, es recomendar su lectura y la del Dr. Royo es una de ellas. Creemos que es imprescindible para diagnosticar las enfermedades del corazón y que merece ser consultada por cuantos necesiten conocer lo necesario para el diagnóstico de las cardiopatías. Cuando el doctor Royo haya concluído la serie de obras que, cómo la que nos ocupa, piensa publicar, formará un monumento elevado á la ciencia del diagnóstico que honrará no sólo al autor sino á la patria en que naciera.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 2 de Junio de 1900.

Gastro-enterostomía. — El Dr. Calvo presentó á la Academia una operada por el Dr. Guedea, Catedrático de Clínica Quirúrgica, la cual fué examinada por los señores Académicos, y leyó la siguiente historia clínica de la misma:

M. G., de veinte años, soltera, amenorréica, sin antecedentes heredita-

rios. Hace ocho meses, comenzó á padecer trastornos digestivos, vómitos alimenticios, en ocasiones mezclados con escasa cantidad de sangre, y persistentes hasta la fecha; que son exclusivamente alimenticios.

Colocada en decúbito supino, nótase á la inspección del vientre, ligero abultamiento en la parte inferior del reborde costal izquierdo, inmediación del hipocondrio, que no se modifica con los movimientos respiratorios y que no merece el nombre de tumor. La palpación aprecia ligera resistencia, profunda, análoga á la que diera una víscera blanda y movible.

La percusión da resonancia timpánica en el espacio de Traube, y se prolonga hasta dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. La sucusión del tronco da muy exagerada sensación de oleada, acompañada de ruido hidro-aéreo, en las regiones apuntadas.

El cateterismo del estómago permite fácil y extensa penetración de sonda blanda, y la insuflación de aquél produce el ruido hidro-aéreo muy acentuado, y hace prominentes las regiones donde los síntomas se localizan hasta la umbilical, señalándose á través de las paredes abdominales un tumor de resonancia timpánica y de forma vagamente parecida á la del estómago, cuyos límites inferiores se marcan á tres traveses de dedo por debajo del ombligo. Esta exploración termina por vómitos de materias alimenticias en gran cantidad, mezcladas con abundantes líquidos. Lengua húmeda, aplanada y sin especial alteración. Vómitos de materias alimenticias, producidos en ocasiones diariamente; otros cada tres ó cuatro días, y siempre tardíos, á lo menos seis ó más horas después de la ingestión de alimentos. Estreñimiento no muy pertinaz; materiales duros; á veces defeca todos los días; otras pasan hasta ocho sin deposición. Escaso apetito. Pulso pequeño, blando y frecuente. Respiración normal. Las demás funciones no ofrecen tampoco perturbación apreciable.

El análisis del jugo gástrico, acusó hiperclorhidria muy ostensible, 4 por 1000; no hay ácido láctico.

Se diagnosticó de *gastro-ectasia*, sospechando la existencia de estrechez pilórica cicatricial.

Se la dispuso plan dietético y farmacológico sin que se obtuviera gran alivio, dándola de alta el 11 de abril.

No tardó en volver á la clínica pidiendo con empeño ser operada, porque las perturbaciones se habían acentuado en los días que estuvo fuera, y con ellas progresaba la demacración de manera alarmante.

Se decidió la operación para el día 9 del corriente, siendo de antemano preparada con purgantes, dieta de leche hervida, benzo-naftol, suspensión de todo alimento y bebida diez ó doce horas antes de la operación, é inyección de suero artificial. Baños y compresas antisépticas abdominales.

Practicóse la gastro-enterostomía con todos los detalles del procedimiento de Roux, ó gastro-enterostomía en Y, transmeso-cólica posterior, con puntos de fijación mesocólicó-gástricos y tres planos de suturas en las anastomosis. No hubo que ligar vaso alguno. No se derramó una gota de líquido en el peritoneo, encomendándose la coprostasia á las pinzas de Doyen, revestidas, para los cabos intestinales; y á los dedos del ayudante de Clínicas, Dr. Rodríguez Redondo, la del estómago: una gota de jugo gleroso asomó al incindir éste, que fué prontamente separada.

El tiempo de abrir el mesocolon transverso sin perforar la cavidad posterior de los epiploones por delante, puede ofrecer pequeña dificultad para distingir cuando aquél está totalmente perforado sin punto de apoyo, como no sea el estómago, y en este caso con pequeño riesgo de lastimar la serosa de éste. Para persona poco experta puede ser otra dificultad la perforación de la pared del estómago y del intestino, porque es tan laxa la adherencia de la mucosa á la muscular, que podría ocurrir se pensase en haber penetrado en la cavidad, cuando se estaba entre las túnicas muscular y mucosa, á semejanza de lo que alguna vez se cuenta ha ocurrido en la traqueotomía.

El Dr. Guedea cree, sin embargo, que á tan sencilla dificultad no puede darse importancia. Se la inyectaron durante la operación 300 gramos de suero artificial en dos veces. Reaccionó relativamente pronto; á las seis de la tarde, seis horas y media después de la operación, tenía 36°,8 y 77 pulsaciones; durante la noche vomitó una vez, última hasta el día de la fecha. (Ha estado sometida, como algunos otros operados, á los vapores de vinagre, según los consejos de Lewin, á fin de contener los vómitos, y parece obtenerse algún resultado). Quejábase de dolor en el vientre, y manifestábase éste sensible al tacto en las fosas ilíacas. Se la inyectaron otros 300 gramos de suero.

Síguense en los días subsiguientes, desde el 10 al 15, haciéndosele inyecciones de suero.

En los días 16, 17, 18 y 19, la temperatura oscila entre 37°,3 y 36°,8 y entre 83 y 76 pulsaciones. Se levanta el apósito el 17, encontrando cicatrizada la herida sin el menor exudado, hasta el punto de que deslizan las gasas sobre el vientre como si no hubiese herida. El 16 se le disponen dos huevos pasados por agua, además de la leche y caldos, con algunos trozos pequeños de pan. En el de hoy ha tomado dos cucharadas de leche y caldos con jugo de carne cada dos horas, alternando, y cuatro huevos pasados por agua, con pequeña cantidad de pan. Ha defecado con regularidad, faltando algún día; los materiales son de color y consistencia normales; tiene sensación de apetito. El pulso es bastante lleno, teniendo en cuenta su anterior estado. No ha vuelto á vomitar desde el día de la operación, y se levanta el 22. Continúa alimentándose gradualmente sin perturbación alguna, y hoy, 2 de junio, recibe el alta.

De la epidemia de fiebres tifoideas recientemente observada en esta Corte. — El Dr. Hergueta: Todos los tratamientos que en estos últimos tiempos se han preconizado, adolecen de un exclusivismo que siempre ha rechazado la ciencia con razón. Muchas fiebres tifoideas curan espontáneamente con sencillas medidas higiénicas, con la ventilación, preconizada ya por piretólogos antiguos como Piquer. El tratamiento no sólo debe obedecer al concepto que se tenga de la enfermedad sino á las múltiples modificaciones que puede aportar el enfermo. De aquí que en esta epidemia, en la que se han tratado por los baños fríos á muchísimos enfermos, unos de fiebre tifoidea y otros de fiebres intestinales, haya tenido ocasión de ver en cinco ó seis casos los deplorables efectos de dichos baños, efectos que consistían en profundos colapsos, de los que ha sido difícil sacar á algunos sujetos. A una fiebre tifoidea de mediana intensidad le basta para su tratamiento una buena aireación, variar de cama al enfermo dos veces al día, darles bebidas refrigerantes y enemas y una

buena alimentación de caldos y leche. En la forma atáxica, en general, los baños templados producen maravillosos efectos; están contraindicados los baños fríos; y cuando la excitación es muy grande y el baño templado no produce efecto, he obtenido muy buenos resultados del tratamiento de Graves, ó sea del opio asociado al tártaro emético. En la forma atáxica pulmonar, cuando los baños no producen efecto, hay que acudir á los revulsivos, pero no á la cantárida; cuando esta forma va asociada á la cardíaca, conviene emplear los tónicos cardíacos. Es de advertir que las muertes rápidas que se observan no creo que dependan de una miocarditis, sino que sospecho que se trata de una infección bulbar en que sobreviene la parálisis del pneumogástrico. En la forma abdominal atáxica, el subacetato de plomo con el opio es lo que da mejores resultados. En la forma adinámica la hidroterapia fría produce sorprendentes resultados; temo á los baños fríos porque he visto sobrevenir muy malas consecuencias de ellos; yo he obtenido mejores resultados que con los baños fríos con la polakibrequia, tal como la ha dado á conocer el Dr. Codina Castellví. He observado la forma diaforética de Jaccoud, pero no la considero como fiebre tifoidea, sino como forma especial del paludismo, puesto que á las cuarenta y ocho horas cedió al sulfato de quinina y entraban los enfermos bruscamente en convalecencia.

El Dr. Calatraveño: La epidemia que se ha calificado de fiebres tifoideas no ha sido, á mi juicio, más que de fiebres infecciosas en general, las cuales reinan en Madrid en todas las estaciones del año. La exacerbación que sufrieron en otoño fué debida á las aguas de los viajes antiguos y á las del Lozoya, á los cambios bruscos de temperatura y á la remoción de terrenos ó de tierras. No es dudoso, sin embargo, que con esa epidemia de fiebres infecciosas habrá ocurrido algún caso de fiebre tifoidea, pero yo no he observado ninguno á pesar de haber asistido en el Sanatorio de la Cruz Roja 601 enfermos de esta clase.—Codina Castellví.

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 18 *de Mayo de* 1900.

Cáncer gástrico de marcha rápida.—El Dr. González Campo relata la historia siguiente: E. M., de cincuenta y siete años, labrador, natural de un pueblo de la provincia de Salamanca, sin antecedentes patológicos hereditarios; como personales, dice que hace unos diez años sentía dolores gástricos intensos un rato después de las comidas, que se exacerbaban pasadas una ó dos horas, aliviándose alguna vez si se acostaba sobre el lado izquierdo; estos dolores, muy intensos, solían terminar por vómito ácido, habiendo expulsado, en algunas ocasiones, crecidas cantidades de sangre roja. Dolores y hematemesis duraron unos tres años, desapareciendo, merced á la dieta láctea y á los alcalinos. Durante siete años, se ha encontrado completamente bien, hasta que dos meses justos antes de consultar al exponente (consulta primera que le hizo en los primeros días de febrero último), y según cree, á consecuencia de una indigestión por exceso en los ingesta, em-

pezó á sentir inapetencia muy grande, aversión notable á las grasas, y algún dolor gástrico que le molestaba á cualquiera hora, sin influenciarse con los alimentos; estreñimiento, inapetencia y dolor, fueron los únicos síntomas que durante cinco semanas próximamente le atormentaron, comenzando luego á vomitar, primero una ó dos veces en las veinticuatro horas, y luego cada dos días; las materias expulsadas estaban casi exclusivamente constituídas por alimentos, algunos de los cuales se habían ingerido muchas horas antes; estos vómitos, que continúan, son agrios en muchas ocasiones y de olor á huevos podridos. La lengua es saburrosa, el pulso débil, terrosa y seca la piel y notable el enflaquecimiento.

Reconocido en ayunas con la sonda, expulsó por ella materiales de la ligera cena hecha unas doce horas antes; se hizo la repleción del estómago, necesitando introducir 2200 gramos de agua para que se trocara en macicez la sonoridad clara del espacio de Traube.

Tomado por el enfermo el almuerzo de prueba de Ewald después del lavado, y extraído á la hora, dió el resultado siguiente: 205 gramos de líquido de color y olor normales, con bastantes sedimentos de pan, reacción ácida, siendo positivas las reacciones del ácido clorhídrico, sin ácido láctico, de 47 por 100 de acidez total, equivalente á 1'71 por 1000 de ClH. Peptona y eritrodextrina con pequeña cantidad de moco. Al lado derecho del ombligo, por debajo del borde interno del músculo recto derecho, se advierte, palpando, una tumoración del tamaño de una nuez, existiendo un infarto ganglionar apreciable en el hueco supra-clavicular izquierdo, y varios pequeños en la ingle del mismo lado.

A pesar de la cifra normal del ClH y de la ausencia del láctico, que no son patognomónicos ni mucho menos, por los restantes síntomas y particularmente por la presencia del tumor é infartos, diagnosticó de cáncer la dolencia, cáncer que no sólo por el punto en que asentaba la tumoración, sino también por la dilatación y retención indudables, debía de ser pilórico, dificultando considerablemente el vaciamiento del estómago. Los datos que del padecimiento antiguo suministra, le inducen á pensar que este individuo padeció una úlcera pilórica hace siete años, en cuya cicatriz debe de haberse desarrollado la neoplasia. Esta es la explicación que se da de la presencia del ClH en cantidad normal, cantidad bastante á impedir la fermentación láctica. Pero el que en el espacio de dos meses haya evolucionado el cáncer hasta constituir tumoración definida y determinar generalización por vía linfática, antes de haberse desarrollado una gastritis que se oponga á la secreción clorhídrica, demuestra una malignidad y una marcha infectante desusadas. Prescribió lavados gástricos y una poción de condurango con nuez vómica, aconsejando la gastro enterostomía, por parecerle pasada la oportunidad de la extirpación. El enfermo no aceptó la operación y no volvió á la consulta hasta después de veintitantos días, y entonces los rápidos progresos de la enfermedad, se apreciaban á simple vista. El color de la piel ya no era terroso, sino el pajizo característico; el enflaquecimiento lindaba con lo esquelético y el paciente andaba con gran dificultad. Hizo un nuevo análisis del jugo que enrojecía poco intensamente el tornasol y el rojo del Congo, la acidez total era de 13 por 100, sin ClH y con ácido láctico apreciable por la reacción de Uffelmann; pocas peptonas y acrodextrina. La tumora-

ción tenía ya el tamaño de una naranja, los infartos más y mayores, los vómitos continuaban fetidísimos, la inapetencia absoluta, y todo anunciaba una terminación desastrosa á plazo corto.

Marchó el paciente al pueblo de su naturaleza, y pocos días después, supo su muerte acaecida probablemente por caquexia é inanición. Ni antes ni después de haberle visto el Dr. González Campo, tuvo ni una sola hematemesis ni vestigio de melena.

Las causas de someter á la consideración de los Sres. Académicos este caso, son: 1.°, citar una observación más de cáncer implantado en el tejido inodular de una úlcera gástrica, y acaso por esto con acidez normal cuando le vió por primera vez; 2.°, la falta entonces de ácido láctico, á pesar de ser cáncer y de existir retención, lo cual es otro hecho en contra de la pretendida especificidad de este ácido en la neoplasia gástrica maligna; 3.°, la rapidez poco frecuente con que evolucionó el proceso, pues desde que el enfermo se dió cuenta de las primeras molestias hasta la muerte, transcurrieron escasamente tres meses y medio, siendo esto muy excepcional cuando la terminación no sobreviene por gastrorragia ó alguna otra grave complicación; 4.°, el pensar que estos casos, llamados agudos por varios autores, son más graves que los de duración regular, si se atiende á que tal vez resulten inoperables siempre, porque aunque los diagnostiquemos precozmente, por poco tiempo que haya transcurrido desde que se inician, han progresado lo bastante para hacer ineficaz la intervención radical.

PERIÓDICOS

Un caso de «embolia de la arteria central de la retina». — El Dr. D. Manuel Márquez publica, en *La Correspondencia Médica*, el caso clínico referente á la enferma S. G., de dieciocho años de edad, que acudió el día 16 de Junio pasado á la consulta pública del Asilo Santa Lucía, de la cual estaba el doctor Márquez temporalmente encargado por ausencia de su director y maestro mío el Dr. Albitos.

Se presentó manifestando que el día anterior había perdido *bruscamente* la visión por uno de sus ojos, debiendo hacer notar que la observación ulterior del caso absorbió de tal manera la atención del Dr. Márquez, que después de dejar marchar á la enferma, le ha sido imposible recordar de cuál de los dos ojos se trataba; pero esto en nada altera el interés de la observación.

Al exterior no se notaba nada que pudiera hacer sospechar la afección de que se trataba, pues por ser ésta tan reciente, no existía siquiera la dilatación pupilar que suele seguir á las afecciones profundas del ojo que van acompañadas de amaurosis. Y casi resulta ocioso añadir que el examen por la luz oblícua denotaba la conservación completa de la transparencia de los medios refringentes.

El examen en la cámara obscura por medio del espejo reflector solamente hacía ver en el ojo observado, en lugar del tono rojo general de en condicio-

nes normales, cierto tinte pálido grisáceo, que recordaba algo el que da el desprendimiento de la retina, pero sin que se notase, como en los casos de esta índole, el movimiento ondulatorio característico de los cambios de nivel de la membrana. Por lo demás, en las posiciones extremas del ojo, reaparecía el tono rojo normal, lo cual inducía á sospechar que las principales alteraciones residían en el polo posterior del ojo y en sus inmediaciones.

El examen oftalmoscópico propiamente dicho (procedimiento de la imagen invertida), era el que permitía observar los detalles más interesantes.

La tan concisa como magistral descripción que acompaña á la lámina 24 del excelente atlas de Haab, pues descripción y lámina parecen hechas expresamente para el presente caso, que reproducen fidelísimamente : « Una turbidez extensa, de color lechoso, rodea la papila, cuyos límites son indistintos, y ocupa el polo posterior del ojo. Sobre este fondo blanquecino se destacan los vasos, que parecen interrumpidos en diversos puntos de su trayecto, singularmente en la vecindad de la papila. En la región macular, por el contrario, aparecen hasta en sus más finas ramificaciones, con perfecta claridad. *En el centro de la fóvea hay una pequeña mancha circular de un rojo intenso* (muy marcada en este caso), debida no á una hemorragia, sino á la delgadez de la retina en este punto, que deja transparentar el color propio de la coroides, contraste tanto más marcado, cuanto que la parte de la retina que rodea á la mancha, es más blanca. Las arterias están mal calibradas; acá y allá la columna sanguínea parece interrumpida ; las venas son normales. En la periferia, la retina recobra su transparencia y los espacios pigmentados intervasculares de la coroides son de nuevo visibles».

El diagnóstico estuvo un momento indeciso entre trombosis ó embolia de la arteria central, y hemorragia entre las vainas del nervio óptico ; pero en seguida se descartó la primera de estas afecciones, por la *brusquedad* del proceso, incompatible con la formación lenta de un trombo, y la última, porque en ella, si bien de principio brusco como la embolia y de imagen oftalmoscópica análoga, hay siempre algunos focos hemorrágicos retinianos peripapilares, que denuncian la naturaleza del proceso.

Se trataba, pues, claramente de una *embolia de la arteria central de la retina*, siendo curioso hacer notar que no parecía existir alteración alguna vascular ni cardíaca, pues se investigó cuidadosamente en este sentido, sin resultado. Y digo que no *parecía* existir, porque tratándose indudablemente de una embolia, es natural pensar que el émbolo tendría que tener su punto de partida en algún sitio del organismo, siquiera fuese desconocido en el presente caso.

En vista de lo dicho, el resultado no era difícil de prever : una retina total y persistentemente privada de su fuente de nutrición, había de terminar por su destrucción como órgano y por la abolición de la función, si la naturaleza ó el arte no la restablecían á la normalidad, para lo cual sólo dos caminos eran posibles : ó la desaparición del tapón vascular, por reabsorción ó por otro cualquier medio, ó el restablecimiento de la circulación por vías colaterales. Ambos mecanismos en este caso son muy improbables ; el primero, porque en las embolias en general, rara vez acontece, y cuando sucede por excepción, es tan tardíamente que el órgano anemiado habría sufrido ya las consecuencias, á no ser por el otro procedimiento : el de la cir-

culación colateral, el más eficaz, el que salva á un miembro de la gangrena cuando se obstruye su arteria principal, pero que desgraciadamente no puede verificarse aquí por las especialísimas y excepcionales condiciones de la circulación retiniana, pues sabido es que las arterias, á semejanza de las del cerebro, son de las llamadas *terminales*, es decir, sin anastomosis, tanto entre las distintas ramas procedentes del tronco de la arteria central, como entre éstas y las de otras membranas oculares, dado que entre la coroides y la retina existe un epitelio, y es una ley de morfología general *que en el organismo ningún epitelio se deja atravesar por vasos.* Tan sólo en la entrada del nervio óptico en el ojo, hay algunas anastomosis con el sistema de las ciliares cortas posteriores del círculo de Haller; pero insuficientes en número y calibre para restablecer, ni siquiera una mínima parte de la circulación colateral.

Y con tales pesimismos en el pronóstico, el tratamiento, más bien para satisfacer indicaciones morales, se redujo á poner en la sien una mosca de Milán y á prescribir el ioduro de potasio al anterior, á la dosis de un gramo diario. La enferma, como tantas veces sucede en las consultas públicas, no volvió á vernos en los días sucesivos, no habiéndonos sido posible volver á saber más de ella.

Meditando después acerca del caso, se le ha ocurrido al Dr. Márquez una idea que hubiese puesto en práctica de haberlo pensado antes, y es la de administrar los vaso-dilatores (tal como, por ejemplo, el nitrito de amilo, que en inhalación de unas cuantas gotas, es sabido que produce á los pocos momentos una gran dilatación de los vasos de la cabeza), con la idea de hacer que aumentando el calibre del vaso, el émbolo avanzase y tal vez se atascase en vez de en el tronco de la arteria central, en alguna de las ramas, y en tal hipótesis, las consecuencias no serían tan desastrosas, pues por lo menos la extensión de retina anemiada sería menor. Claro está que nada habría logrado si la rama en que el émbolo se detuviera se distribuyese por una región de gran transcendencia funcional, aunque fuese de pequeña extensión, tal como, por ejemplo, la región macular; pero podría también suceder que la arteriola obstruída se distribuyese por otra porción menos importante y este sería el caso más favorable. De todos modos, estas consideraciones son muy hipotéticas, mas desgraciadamente son las únicas ilusiones que se puede hacer, y de las que acaso se pudiese sacar algún partido en casos análogos, en una afección en la que hasta hoy toda tentativa terapéutica ha resultado ineficaz.

Caso notable de un herido con varias y gravísimas lesiones, diez de arma blanca (machete) y cuatro de arma de fuego.—El Dr. D. Jesús Mateos Sotos publica, en *El Siglo Médico*, el caso clínico siguiente:

D. M. F. S., capitán del segundo escuadrón de Caballería del Príncipe núm. 3, de veintiocho años de edad, constitución activa, temperamento nervioso, de aspecto exterior sano, entró en el Hospital Militar de Morón (Isla de Cuba) el 11 de enero de 1898, con una herida por *arma blanca* (machete) que partiendo del borde superior y medio del parietal derecho, termina en el parietal izquierdo, casi horizontal, y de extensión como 8 centímetros, interesando los tejidos blandos, el periostio y algo el mismo hueso.

Otra íd. íd., situada en la misma región, 1 centímetro más inferior, en igual dirección y como de 6 centímetros de longitud é interesando los mismos tejidos.

Otra íd. íd., que desde la parte superior y media del occipital se dirige, en una extensión de 4 centímetros, hacia la parte izquierda de dicho hueso, interesándolo, además de los tejidos blandos.

Otra íd. íd., que va, desde un poco por debajo de la anterior, de un borde externo á otro del occipital, oblícuamente, interesando los tejidos blandos y la mitad del espesor del óseo y ranversando todo este colgajo sobre el cuello.

Otra íd. íd., en el codo izquierdo, que interesa los tejidos blandos, de 8 centímetros de extensión desde la parte inferior y externa del brazo á la superior y externa del antebrazo correspondiente.

Otra íd. íd., en la parte media de la cara posterior del antebrazo izquierdo, de 2 centímetros de longitud, y que interesa los tejidos blandos.

Otra íd. íd., en el dorso de la mano izquierda que, partiendo de la primera articulación carpo-metacarpiana, y terminando en el espacio interdigital de los dedos anular y meñique, secciona por completo los tejidos blandos y casi totalmente los metacarpianos segundo, tercero y cuarto.

Otra íd. íd., que secciona los tejidos blandos de la región hipotenar de la mano derecha.

Otra íd. íd., que interesa los tejidos blandos y el borde externo de la primera falange del dedo índice derecho.

Otra íd. íd. que divide por completo verticalmente los tejidos blandos y la tercera falange del dedo anular derecho.

Otra por *arma de fuego* con el orificio de entrada en la parte superior y posterior del hombro derecho, teniendo el de salida en la parte anterior de la misma región, interesando sólo los tejidos blandos.

Otra por íd. íd., con el orificio de entrada en la cara posterior de la porción inferior del borde externo del cúbito derecho, fracturando este hueso, y el de salida en la porción inferior y anterior de este antebrazo.

Otra por íd. íd., con el orificio de entrada en la parte inferior y posterior de la pierna izquierda, y el de salida en línea recta y horizontal de la parte inferior é interna de la misma pierna.

Otra por íd íd., que interesa, perforándolo, parte del prepucio en su extremo libre, y el glande en el centro y cara superior, y en dirección oblícua transversal, penetra después en la parte interna y superior del muslo derebro y sale por la externa y superior de dicho miembro, sin lesionar el femur.

Inmediatamente de ingresado en el Hospital, se procedió á la cura de las heridas, aplicando, después de lavadas con soluciones antisépticas, en las de la cabeza, varios puntos de sutura y tiras de anglutinante, sin esperanza de conseguir la reunión por primera intención, atendida su extensión, destrozo de los tejidos blandos y parte del huesoso, cubriéndolas con iodoformo, gasa, y algodón asépticos, las producidas por arma blanca, y procediendo con la de arma de fuego á la cura antiséptica y reducción del cúbito derecho fracturado.

Se sonda con dificultad la uretra, dejando una permanente durante la noche para facilitar la emisión de orina.

Terminada tan laboriosa operación, en la que se invirtieron más de dos horas, se creyó fundadamente que correría inminente riesgo la vida del infortunado capitán, no sólo por las lesiones gravísimas recibidas, sí que también por las probables y rápidas complicaciones que afectarían á su estado general; colapso consecutivo á aquéllas y á las pérdidas considerables de sangre; cualquier infección, y entre éstas la terrible del tétanos, frecuentísima en los países tropicales.

Felizmente no ocurrió así, pero hay que tener en cuenta las condiciones del individuo, por ser, además de joven, de excelente constitución, fuerte y animoso, que apenas exhaló quejas durante la cura, ni perdió la serenidad ni el conocimiento.

Aquella noche, y en repetidas ocasiones, la temperatura era de 37°,8; el pulso osciló entre 80 y 90; no pudo conciliar el sueño, sin sentir grandes dolores y teniendo despejada la inteligencia. Al día siguiente, 12 de enero, continuaba en el mismo estado, se le renueva la cura de las heridas, en las que no ha sobrevenido alteración alguna. Igual tratamiento al interior hasta el día 15, que asciende la fiebre á 38°, la lengua saburrosa y pesadez de estómago. Se le propina un purgante de agua de Loeches, y verificadas varias deposiciones, se le administra 1 gramo de sulfato de quinina en dos sellos, con intervalo de dos horas; dieta animal.

El día 16 temperatura casi normal, así como el pulso. Se le renueva la cura, encontrando las heridas con escasa supuración y de buen carácter, sin inflamación local, y el enfermo muy animado. Se le dispone sopa, leche y huevos, vino de Jerez. En los sucesivos días nada tuvo de particular; come cuanto apetece. El 1.° de marzo se le notó ligera fiebre, lengua cubierta é indisposición gastro-intestinal, que cedió á beneficio de un purgante, enemas, y del sulfato de quinina.

El día 1.° de marzo del mismo año 1898 están completamente cicatrizadas las heridas, sin novedad en su curso; sólo de la de arma de fuego recibida en el antebrazo derecho se le extrajeron en varias ocasiones algunas pequeñas esquirlas, pero el miembro quedó perfectamente, así como la mano y articulaciones de los dedos respectivos, menos el índice, medio y anular izquierdos, que todavía no habían recobrado sus naturales movimientos, lo cual se lograría indudablemente con ejercicios, corrientes, masaje, baños, etcétera. Las articulaciones radio-cúbito-carpianas izquierdas conservan su funcionalidad.

Se le dió el alta, por curación, el día 10 de marzo de 1898, es decir, á los dos meses de haber entrado en el Hospital. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del 7 de Agosto de 1900.

Relaciones del arsénico del cuerpo tiroides con la piel y los órganos genitales.—El Dr. Gautier cree que hay relación entre el funcionamiento de los órganos genitales, el crecimiento de los pelos y de las uñas y el estado de la glándula tiroides.

Ha dosificado el arsénico de la sangre menstrual. En las mujeres jóvenes que no toman el arsénico, la sangre de las reglas contiene próximamente 0 gr. 000,28 de esta substancia por kilogramo. Es casi la cantidad que contiene una glándula tiroides. Respecto al iodo, las cifras son casi idénticas. Puede decirse que el excedente de iodo y de arsénico suministrado á los tejidos por la glándula tiroides, se elimina por la sangre menstrual. Así se explica la correlación conocida entre el cuerpo tiroides y los órganos genitales. El cuerpo tiroides aumenta de volumen al aproximarse las reglas. Existe, por lo tanto, en la mujer una especie de compensación entre las funciones de los órganos genitales y las del cuerpo tiroides.

Estas relaciones existen también entre el cuerpo tiroides y los órganos abundantes en nucleína. En ciertos animales el pelo cae en la primavera y vuelve á salir en invierno. Las substancias nucleo-protéicas del tiroides sirven para nutrir la piel. Algunos animales se pelan también en la época del celo, á causa de utilizar entonces el arsénico los órganos genitales y nutrirse, por lo tanto, de mala manera la piel.

En el hombre, el cabello sigue creciendo durante la pubertad, mientras que en la mujer, una vez terminadas las reglas, el cabello deja de crecer. Es de suponer que entre las Aïnas y Australianas, poblaciones muy velludas las reglas sean irregulares.

Se ha observado también que si se corta el cabello de la mujer en el momento de las reglas, las menstruaciones siguientes se retrasan.

Durante el embarazo se observa con frecuencia alteraciones cutáneas debidas á la utilización exagerada de las nucleo-albúminas por la placenta, y á su insuficiencia en la piel.

Estas alteraciones curan por el empleo terapéutico del arsénico orgánico.

El jugo testicular puede obrar sobre el psoriasis é ichtiosis por su abundancia en nucleo-albúminas.

En los tuberculosos, el arsénico y el iodo disminuyen en la glándula tiroides y la piel se pigmenta. El cacodilato obra eficazmente sobre estas alteraciones.

El Dr. Fournier : He tratado sin éxito por el arsénico el *prurigo gestationis*. Tampoco he obtenido resultado en el psoriasis con el jugo testicular.

El Dr. Gautier : El arsénico mineral es ineficaz en estos casos. Con el orgánico (cacodilato), los resultados son favorables.

El Dr. Robin : El arsénico mineral en estado de combinación iódica ó potásica á la dosis de 5 miligramos cada veinticuatro horas, modera la nutrición. El arsénico orgánico aumenta por el contrario los cambios nutritivos. El jugo testicular es eficaz en el ichtiosis.

Infección pulmonar de origen nasal. — El Dr. Martín : En las afecciones naso-faríngeas descienden durante la noche á la tráquea las substancias sépticas contenidas en la nariz. Se producen así infecciones pulmonares localizadas principalmente en el lóbulo inferior del lado correspondiente al decúbito que adopta el enfermo al dormir.—F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de Patología interna.

Edema pulmonar. — El Dr. Basch (de Viena) : Voy á ocuparme de los puntos siguientes de este problema :

1.° ¿En qué condiciones se produce experimentalmente el edema pulmonar? ¿Cuál es la naturaleza del proceso que le engendra?

2.° ¿Cuáles son los procesos secundarios, consecutivos?

3.° ¿Qué relación existe entre la doctrina del edema pulmonar y la de la disnea y del asma cardíaco?

4.° ¿Cuál es la relación entre el edema pulmonar y la insuficiencia muscular de la parte izquierda del corazón?

I. La primera condición patológica del edema es la suspensión del riego circulatorio capilar de los alvéolos por aumento de la presión sanguínea en la aurícula izquierda.

La segunda es que el aflujo de sangre procedente de las cavidades cardíacas derechas, es decir, de las arterias pulmonares, esté libre.

Las consecuencias mecánicas de estas dos condiciones son el ensanchamiento de los alvéolos pulmonares y el aumento de resistencia de las paredes alveolares. El ensanchamiento es producido por el estiramiento de los vasos capilares, y el aumento de resistencia por la gran tensión de la sangre en la red capilar.

A estos dos procesos consecutivos puede agregarse una trasudación en los alvéolos, consecuencia natural del éxtasis circulatorio en los pulmones.

II. El ensanchamiento de los alvéolos y el aumento de resistencia de sus paredes, oponen un obstáculo mecánico á la respiración, y como consecuencia, dificultan la ventilación de la sangre. De aquí proviene una sensación morbosa, la disnea, expresión de la desproporción entre el trabajo respiratorio y su efecto. Esta sensación morbosa aumenta proporcionalmente con la cantidad de ácido carbónico que se acumula en la sangre á causa del trastorno de la ventilacion sanguínea. Aumenta la excitación de los centros

respiratorios y el trabajo de los músculos de la respiración. El obstáculo aumenta cuando hay trasudación intra-alveolar.

Debe insistirse sobre el hecho de que la trasudación sin ensanchamiento concomitante de los pulmones no impide la respiración tanto como se cree. Una trasudación abundante, si está asociada á un ensanchamiento pulmonar ligero y á una resistencia de los pulmones moderada, produce mucha menos disnea que una trasudación ligera combinada con un ensanchamiento considerable de los pulmones y una gran resistencia de los alvéolos.

La persistencia de la disnea aumenta el ácido carbónico de la sangre; la muerte del corazón es la consecuencia, á causa de la asfixia general.

III. La disnea y el asma cardíaco se desarrollan en el estado prodrómico del edema pulmonar, es decir, antes de formarse el exudado alveolar. La trasudación ligera es dificilísima de comprobar por el examen clínico, y es probable que exista con estas dos enfermedades.

IV. La disnea cardíaca, el asma cardíaco y el edema pulmonar, tienen su origen en la insuficiencia muscular del ventrículo izquierdo. No sólo en la insuficiencia primitiva, qué se caracteriza por una débil presión arterial, sino en la secundaria, que está caracterizada por el aumento de dicha presión.

Patogenia del edema pulmonar agudo. — El Dr. Masius (de Lieja): El edema es una acumulación anormal de linfa en los espacios plásmicos. El edema pulmonar agudo no es sino un modo particular que presenta dos caracteres propios dependientes uno y otro de la agudeza, de la actividad del proceso patológico y de su localización especial; son primero la acumulación de líquido no sólo en el tejido linfático, sino también y principalmente en las cavidades alveolares por trasudación á través de sus paredes ó por su rotura; después la rapidez con que los fenómenos se presentan, de lo que depende la sintomatología clínica casi uniforme de los accidentes.

Las teorías patógenas del edema, considerado en general, son tres: 1.ª, la teoría puramente mecánica que se atribuye á un aumento notable de la presión lateral de los vasos capilares, debe desecharse; 2.ª, la opinión de Hamburger, de Heidenhain, que consideran la formación de la linfa como un acto secretorio de las células endotélicas de la pared capilar y el edema como una exageración de esta función; 3.ª, por último, la teoría de Starling, Winter, Théaulon, que atribuyen la génesis del edema á la modificación de las relaciones ósmicas entre los líquidos situados á un lado y á otro en la pared vascular y á las variaciones de la permeabilidad de esta pared.

Desde el punto de vista de la cuestión que nos ocupa, dominan dos hechos. Primero, una hiperemia activa, simple, no inflamatoria de los vasos, sin obstáculo al derrame de líquido, que es incapaz por sí sola de producir un edema. Después, las lesiones de las paredes capilares, que aumentan de permeabilidad, factores importantes del edema.

Por esto no podemos admitir que el edema pulmonar agudo revista sólo una patogenia.

Clínicamente reviste tres formas.

A) El edema inflamatorio. — Se trata en esta forma, según toda probabilidad, de una vaso-dilatación refleja, circunscrita ó extensa, desarrollada bajo la influencia de un factor ocasional cualquiera y seguida de una lesión

directa de las paredes por microbios que viven en el seno de un parénquima pulmonar normal.

B) El *edema de éxtasis*, que dista mucho de ser el más frecuente. Es el que se observa en las afecciones del corazón, especialmente la estenosis inicial, en las de los vasos, trátese de aortitis ó de arterio-esclerosis, en las enfermedades del riñón, por ejemplo, la esclerosis primitiva.

Los trabajos experimentales referentes á este asunto son numerosos, pero sus conclusiones suelen ser contradictorias y rara vez aplicables á la patología humana. El hecho que parece mejor demostrado es la producción del edema bajo la influencia de un aumento de presión en la arteria pulmonar, debida á la actividad normal ó exagerada del ventrículo derecho, á la vez que un éxtasis dependiente de la inactividad parética ó espasmódica de la mitad izquierda del corazón.

Las circunstancias etiológicas que hemos citado, demuestran que la patogenia de los edemas pertenecientes á este grupo dependen de factores muy variados.

Sólo uno de ellos se adapta, al parecer, á todos los casos y constituye la base, el fundamento de la afección : es la alteración de la pared de los capilares del pulmón.

En las aortitis crónicas, en el riñón rojo retraído, suele haber arterio-esclerosis extensa y trastornos nutritivos que influyen sobre la tensión ósmica de los plasmas y sobre la constitución molecular de las paredes vasculares.

Las modificaciones de la permeabilidad de las paredes son una de las causas principales que favorecen el edema.

Muchas de las afecciones que hemos citado, sobre todo la arterio-esclerosis y la nefritis esclerosa, influyen sobre las cavidades cardíacas izquierdas y disminuyen de un modo notable su resistencia.

Dado el carácter brusco de los accidentes, es preciso que intervengan en su aparición factores ocasionales, que son, unas veces la irritación del plexo cardio-pulmonar, que produce por vía refleja una vaso-dilatación de los vasos pulmonares ; otras, por el contrario, la paresia ó el espasmo bruscos de las cavidades cardíacas izquierdas, que coexisten con una contracción normal ó exagerada del ventrículo derecho.

C) El *edema tóxico* sólo es conocido en el dominio experimental. Por ejemplo, el edema ocasionado por la muscarina, que debe reconocer como causa un calambre de las cavidades cardíacas izquierdas, asociado á una acción directa del veneno sobre los vasos. El edema iódico, en cuya patogenia esta última etiología es, al parecer, predominante.

Edema agudo del pulmón.—El Dr. Teissier (de Lión) : 1.° Existe en realidad en Clínica un *síndrome morboso especial* al que puede darse el nombre de *edema agudo* ó de apoplegía serosa del pulmón.

2.° Este síndrome debe distinguirse de las diferentes modalidades del edema pulmonar, cuya evolución es de ordinario lenta y crónica y casi siempre tiene un origen mecánico ó pasivo. El edema agudo, por su carácter brusco, su *carácter fluxionario* aunque independiente de todo proceso inflamatorio (falta de fibrina en la serosidad derramada), acusa su personalidad propia y su origen distinto.

3.° La historia del edema del pulmón ha entrado hace diez años en una fase nueva y la cuestión se ha estudiado más particularmente desde el punto de vista patógeno y experimental.

4.° El síndrome clínico considerado aisladamente, no da lugar á equívoco alguno, con sus *sensaciones prodrómicas* de cosquilleo en la garganta, ó de tensión dolorosa intra-torácica, su disnea violenta, acompañada de tos espasmódica y continua, seguida al poco tiempo de expectoración espumosa y rosada, verdadera espuma bronquial por trasudación del suero sanguíneo (La Harpe), la infinidad de estertores finos que se oyen en toda la región edematosa. Quedan sólo por determinar la causa provocadora y directa del acceso y el mecanismo íntimo de la crisis.

5.° Teniendo en cuenta los hechos clínicos publicados y las observaciones recogidas, se saca la conclusión de que el edema pulmonar agudo, es decir el edema primitivo ó fluxionario, necesita para producirse un terreno especial : infección ó intoxicación previa.

Entre las infecciones figuran en primer lugar, el reumatismo articular agudo, la grippe, el puerperio, la fiebre tifoidea y la pneumonía.

Entre las intoxicaciones merecen citarse la enfermedad de Bright y el alcoholismo.

Esta influencia preponderante de las infecciones é intoxicaciones, está justificada por las experiencias relativas á la producción del edema pulmonar artificial : con la muscarina, el ácido prúsico, el salicilato de metilo, el nitrito de amilo, y hasta con una simple inyección de agua salada.

6.° Pero entre estas causas predisponentes tienen una parte importantísima *las alteraciones del corazón ;* mas para que ejerza una acción provocadora necesitan interesar las *zonas de distribución de los plexos ó de los ganglios nerviosos*, es decir, la base del corazón, la región de las coronarias y el ventrículo izquierdo.

7.° En un terreno preparado así por la infección, ó en un sujeto afectado previamente de *lesiones cardiacas de sitio determinado*, se produce de repente el edema pulmonar agudo, estando subordinada la aparición del fenómeno casi siempre á algún enfriamiento brusco, al cansancio, ó á una emoción fuerte que determinan un calambre ó el desfallecimiento del corazón.

Bajo esta influencia aumenta de pronto la presión en el territorio de las venas pulmonares, las alteraciones previas de la sangre facilitan la trasudación serosa y los trastornos vaso-motores concomitantes favorecen el éxtasis, realizándose así la fluxión edematosa.

La nefritis intersticial reune en alto grado estas diferentes condiciones patógenas y no es sorprendente, por lo tanto, que esta forma de enfermedad de Bright, realice con tanta frecuencia como epifenómeno el síndrome de edema pulmonar agudo. Del simple análisis de los hechos se deduce la intervención de un *factor etiológico triple :* trastornos mecánicos, acciones vaso-motoras, fenómenos toxi-infecciosos previos. La experimentación confirma en absoluto este concepto.

8.° Los experimentos que he practicado en el laboratorio del profesor Arloing me permiten sacar las deducciones siguientes :

a) Los trastornos mecánicos pasajeros, aunque intensos son insuficientes por sí sólos para provocar el edema del pulmón.

b) La compresión de la aorta en el perro es incapaz de producir el edema pulmonar, lo que confirma los antiguos experimentos de Cohnheim (ligadura de todas las venas pulmonares).

c) Es posible por este procedimiento elevar al triple la presión en la arteria pulmonar sin provocar los fenómenos del edema.

d) Una lesión nerviosa concomitante (sección de pneumogástrico con excitación del extremo central) favorece la producción del edema. Pero este es siempre ligero y á veces inconstante. La lesión nerviosa es incapaz por sí sola de realizarle.

e) Al contrario, el edema se realiza con facilidad si se hace intervenir una intoxicación previa; por ejemplo, con el salicilato de metilo.

9.° Este concepto, basado en el origen mixto del edema pulmonar y en la influencia concomitante y necesaria de tres factores previamente asociados: infección, intervención nerviosa, trastornos mecánicos, constituye como la síntesis de las interpretaciones diversas, propuesta hasta ahora para la explicación del fenómeno: la teoría tóxica, la mecánica y la neuromotriz.

En todos los casos es fácil comprobar esta triple influencia etiológica: trátese del reumatismo articular agudo ó de la grippe, de la enfermedad de Bright ó de la categoría especial del edema agudo del pulmón, á la que debe reservarse el nombre de *edema agudo reflejo*, que Falck ha observado en los alcohólicos después de la ingestión brusca de cerveza ó de bebidas heladas, que hemos observado durante la pleuresía purulenta y que una simple punción ha hecho desaparecer.

Hasta el edema agudo consecutivo á la toracentesis puede interpretarse de igual manera.

10. Las diferencias referentes á las modificaciones de la presión intra-cardíaca en la infiltración edematosa del pulmón, en el estado agudo, deben resolverse en el sentido de que bajo la influencia del edema agudo, la presión desciende en las arterias periféricas, aumenta en la aurícula izquierda y sobre todo en la arteria pulmonar.

Este hecho parece corroborado por la comprobación clínica siguiente: la insuficiencia tricúspide acentuada, se opone á la aparición del edema agudo.

11. El edema agudo del pulmón, no se distingue del pasivo y crónico sólo desde el punto de vista etiológico, patológico y sintomático; *estas dos modalidades del edema pulmonar tienen un pronóstico completamente distinto*; el edema agudo suele ser gravísimo, y es susceptible de producir la muerte en pocas horas.

Ciertos ataques de edema agudo son menos graves: unos son susceptibles de corregirse espontáneamente, otros desaparecen al presentarse una fluxión visceral de orden diferente, por ejemplo, un ataque de pericarditis (reumatismo articular agudo ó enfermedad de Bright); otros (*los reflejos*), ceden al suprimirse la causa provocadora (punción de un absceso interlobular). Puede decirse, en general, que la *gravedad de una crisis de edema pulmonar agudo está subordinada al grado de permeabilidad renal.*

Cuando la crisis ha de terminar por la muerte, los accidentes de la circulación periférica se acentúan, la presión arterial desciende cada vez más, el pulso se hace pequeño y acelerado, las irregularidades se multiplican, la

cianosis aparece, y el corazón se paraliza en sístole : *el ventrículo izquierdo aparece como tetanizado.*

12. Cuanto á las lesiones especiales del parénquima pulmonar, han sido estudiadas por Bach y por Renaut y nada hay que añadir á su descripción.

13. El mecanismo íntimo del edema pulmonar agudo, es incierto aún y en ciertos puntos no permite emplear una terapéutica exclusivamente patógena. En la intervención es preciso reservar cierta parte á la enseñanza de la experiencia.

a) Esta ha demostrado la *utilidad innegable de la sangría.* Los benéficos efectos de la descompresión venosa están comprobados por la experimentación y por la clínica. La sangría obra además substrayendo de la circulación cierta cantidad de substancias tóxicas ; finalmente, al disminuir la tensión en las cavidades derechas favorece la circulación pulmonar y la contracción de las cavidades izquierdas.

b) La revulsión sobre los troncos nerviosos y el plexo cardíaco es tradicional, puesto que intervienen casi siempre directamente ó por acción refleja en la producción de los trastornos vaso-motores, provocadores del edema.

c) La atropina, en la que tanto se había confiado por sus propiedades antídotas con relación á la muscarina, ha producido resultados nulos ó infieles.

d) El nitrito de amilo oxicarbonado, estudiado recientemente por Winckler y que carece al parecer de los inconvenientes del nitrito de amilo, puede utilizarse con algunas probabilidades de éxito por sus propiedades vasodilatadoras y por su influencia marcada sobre la energía contráctil del corazón.

e) El ácido carbónico administrado por la vía rectal, asociado á la revulsión y á las ventosas escarificadas, nos ha dado en casos graves buenos resultados, quizá asegurando una buena ventilación pulmonar y corrigiendo la disnea.

f) La morfina es siempre un medicamento peligroso que debe abandonarse.

g) En los casos desesperados se ha recomendado la punción de la aurícula derecha (Werbroock, Dana) y la traqueotomía con aspiración del líquido que obstruye los bronquios gruesos (Sahli). No podemos apreciar el valor de estos diferentes procedimientos.

Ulceraciones gástricas.—El Dr. G. Dieulafoy (de París) (conclusiones) : Pueden encontrarse en el estómago ulceraciones de todos tamaños, desde la ulceracioncilla puntiforme llamada erosión, hasta las grandes ulceraciones estrelladas y profundas, mayores que un duro.

Los trastornos digestivos, la intolerancia estomacal, los vómitos, las hematemesis, la perforación del estómago con sus consecuencias, la adición del cáncer, son síntomas y complicaciones comunes á muchas de ellas.

En vez de revisar cada uno de estos síntomas y cada una de estas complicaciones, lo que sería un estudio de semiología, creemos que es preferible elegir entre las ulceraciones estomacales cierto número de tipos, que representan desde el punto de vista clínico, patógeno y anatómico, entidades morbosas definidas con bastante claridad. Véanse algunos de ellos.

1.° La erosión estomacal es la más pequeña de las ulceraciones. Se presenta en la mucosa en forma de un punteado hemorrágico más ó menos

abundante que indica las erosiones pneumocócicas. A pesar de su pequeña dimensión pueden provocar hemorragias abundantes.

2.° En ciertos casos se encuentran en la mucosa estomacal una ó más pérdidas de substancia algo más extensas que la erosión. He propuesto llamar á esta lesión *exulceratio simplex*. Por superficial que parezca puede lesionar las arteriolas que existen debajo de la muscularis mucosæ y producir hemorragias terribles, á veces mortales, si el tratamiento no interviene.

3.° La úlcera simple de Cruveilhier (*ulcus simplex*) es el tipo de las úlceras del estómago de evolución crónica y de tendencia perforante. La hemorragia y la perforación son las complicaciones más temibles.

4.° Citaremos también las ulceraciones estomacales específicas, debidas á la tuberculosis y á la sífilis, pudiendo ocasionar como el ulcus simplex hemorragias y perforación.

5.° No es raro que el cáncer se ingerte en una ulceración estomacal.

6.° La patogenia de las úlceras estomacales no se conoce completamente. Es preciso invocar los agentes infecciosos y tóxicos y las lesiones arteriales y del jugo gástrico. Es posible que una ulceración, pequeña al principio, termine por el ulcus simplex.

El tratamiento de las ulceraciones estomacales es, según el caso, médico, específico y quirúrgico.

Investigaciones sobre el fermento lab.—El Dr. L. Meunier (de París): El estudio de la acción de los jugos gástricos sobre la leche permite estudiar su cantidad en fermento lab.

En estado normal, la cantidad de este fermento llega al máximum una hora después de las comidas y la conserva en la hora siguiente.

En los casos de hiperclorhidria, esta cantidad está extraordinariamente elevada. En las gastritis crónicas disminuye; esta disminución es más marcada en el cáncer.

En resumen, la proporción de fermento lab es casi idéntica á la de los elementos secretorios activos de la mucosa gástrica, pepsina y elementos clorurados. Pero en ciertos casos, hay divergencia entre la proporción de los elementos clorurados y la de la pepsina, siguiendo el lab las variaciones de ésta.

Relaciones entre los cuerpos grasos y las diversas funciones del estómago.—El Dr. H. Strauss (de Berlín): He estudiado la influencia de la ingestión de grandes cantidades de grasa (crema), sobre algunas funciones estomacales (secreción de los ácidos, movilidad, producción de fermentos y regulación de la osmosis). He visto que las grandes cantidades de grasa suspenden las secreciones ácidas y no perturban la movilidad. La secreción del fermento lab está más bien aumentada que disminuída. El examen de la osmosis no demuestra alteración evidente. Las grandes cantidades de grasa son bien toleradas por el estómago.

En resumen, en el tratamiento de la hiperacidez con ó sin ulcus de hipersecreción y de insuficiencia motriz del estómago, las grasas, y en particular la crema, deben aconsejarse y permiten soportar la dieta de otros alimentos.

Acción terapéutica del aceite de oliva á grandes dosis en las estenosis orgánicas y espasmódicas del píloro y del duodeno y en la gastrectasia.—El doctor P. Cohnheim (de Berlín): Existen casos de gastrectasias que no son provo-

cados por un obstáculo orgánico, sino por un espasmo del píloro, á consecuencia de una úlcera ó de una fisura del orificio del estómago, y que curan ó mejoran en poco tiempo por la ingestión de grandes dosis de aceite (100 á 250 gramos diarios).

Los casos de estenosis pilórica ó duodenal, de naturaleza cicatricial, que va acompañada de gastrectasia secundaria, curan relativamente por el empleo metódico de grandes dosis de aceite, es decir, que los enfermos no sienten molestia alguna á condición de evitar todo exceso. En estos casos, la resistencia causada por el roce disminuye por el efecto mecánico del aceite.

Conviene administrar el aceite con la sonda durante un tiempo más ó menos largo, tres veces por día, á la dosis de 50 centímetros cúbicos una hora antes de la comida. Si por cualquier motivo este método es impracticable, se introducirá una vez por día, en el estómago vacío, el aceite á la dosis de 100 á 150 centímetros cúbicos y á la temperatura del cuerpo.

El empleo del aceite llena tres indicaciones: corrige el espasmo, disminuye el roce y mejora la nutrición, porque el aceite, aun en los casos de estenosis acentuadísima, llega al intestino delgado, donde es absorbido.

El aceite obra sobre el espasmo, en caso de úlcera, como un narcótico; no ejerce acción alguna secundaria desagradable siempre que sea puro; no produce ni vómitos ni diarrea; los enfermos le toleran bien.

Hasta ahora no hemos obtenido efecto alguno favorable del aceite en el caso de calambre del estómago de naturaleza puramente nerviosa; este dato sirve para diagnosticar los espasmos nerviosos y orgánicos.

Con la cura de aceite se consigue mejorar muchas estenosis del píloro y la gastrectasia consecutiva, hasta el punto de hacer supérflua la intervención quirúrgica.

Dilatación idiopática del esófago. — El Dr. M. Einhort (de Nueva York): Se entiende por dilatación idiopática esófagica el estado del esófago cuando hay dilatación de este órgano sin obstáculo mecánico interior ó exterior de la pared esofágica ó del cardias.

Las causas de esta dilatación son: una parálisis del esófago, la contracción espasmódica del cardias ó la falta de relajación refleja de éste en el momento de la deglución.

Los síntomas son disfagia, sensación de opresión ó de plenitud en el pecho, vómitos poco tiempo después de la comida, aparición de substancias alimenticias en la sonda antes de llegar al estómago.

El lavado del estómago, la alimentación por la sonda y un régimen apropiado, pueden curar esta enfermedad.

Origen del tinte amarillo clorótico. — El Dr. A. Bloch (de París): Se atribuye el color amarillo verduzco de la clorosis á que la hemoglobina, que en disolución concentrada sólo deja pasar los rayos rojos, deja pasar también los rayos amarillos y verdes en disolución débil. No creo exacta esta explicación. El color amarillo de las personas caquécticas es comparable al de las razas amarillas; es análogo al de la clorosis; todos estos tintes son debidos á acumulaciones de pigmento. Las cloróticas forman con facilidad pigmento, y en ellas están muy pigmentadas las areolas y las mamilas; se observa también cloasma de la cara y de los dedos. ¿De dónde proviene este

pigmento? De la hemoglobina destruída que se deposita en la capa mucosa de Malpighio.

Fiebre hemoglobinúrica palúdica.—El Dr. Karamitsas (de Atenas): Es preciso distinguir dos formas de fiebre hemoglobinúrica palúdica: una, frecuente, no va acompañada de ictericia; la otra, por el contrario, va acompañada de color amarillo de los tegumentos.

Se ha atribuído la hemoglobinuria á la quinina. Es verdad que la quinina puede producirla, pero en los casos francos depende del paludismo.

Algunos observadores creen que la hemoglobinuria no es debida al paludismo, pero sostengo la opinión contraria, porque he encontrado casi siempre el hematozoario en la sangre de estos enfermos.

Observaciones sobre el laringo-tifus. — El Dr. H. Vincent (de Val-de-Grâce): Las ulceraciones laríngeas que sobrevienen en el curso de la fiebre tifoidea, ¿son específicas como las intestinales ó reconocen por causa otro bacilo diferente al de Eberth? Es un problema que no ha podido resolverse, porque las investigaciones se han hecho de ordinario en un período muy avanzado de esta complicación. Tampoco se ha precisado la marcha verdadera del proceso anatomo-patológico; unos, con Rokitansky, le hacen depender de una infiltración crupal de la mucosa; otros (Coyne y Mandl), la atribuyen á la tumefacción y á la metamorfosies regresiva de los folículos linfáticos de la mucosa laríngea. Por último, Charcot y Dechambre creen que la lesión principia por el pericondrio y su cartílago, sin ulceración laríngea primitiva.

En realidad, se ha considerado como laringo-tifus las ulceraciones superficiales de la mucsa laríngea, tan frecuentes en la fiebre tifoidea, y la pericondritis supurada con necrosis de los cartílagos. Las primeras son la manifestación de la laringitis catarral; las he observado 49 veces en 113 autopsias. La segunda es mucho más rara (una vez en 113 autopsias).

En un joven que padecía laringo-tifus agudo, que terminó por el edema de la glotis, los cultivos dieron el estreptococo en abundancia, y en ciertos casos raros, el estafilococo blanco. Resulta, por lo tanto, que el bacilo del tifus no es siempre la causa primordial de la úlcera de la laringe. El término laringo-tifus designa no un síndrome, sino una complicación de la fiebre tifoidea, que nada tienen que ver con el bacilo de Eberth. En otro caso análogo, que terminó por la curación, la siembra de la serosidad recogida poco después de la laringotomía dió también el estreptococo. Es de suponer qué intervengan también otros microbios, porque Fraenkel dice haber encontrado el estafilococo dorado. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del dia 18 *de Julio de* 1900.

Tumor de la región temporal derecha.—El Dr. Litthauer: La enferma que aquí presento, se cayó sobre la región temporal derecha, cuatro años antes de iniciarse el desarrollo del tumor que hoy tiene, el cual tiene ya seis meses de fecha. Al principio era muy pequeño, pero fué creciendo poco á poco, hasta alcanzar las dimensiones enormes que hoy presenta. Está íntimamente adherido á los tejidos subyacentes; su superficie es lisa; además, presenta pulsaciones que no son comunicadas, sino propias del tumor. Como la radiografía demuestra que el interior del cráneo está normal, el tumor tiene que ser extracraneal.

Desde luego no es un carcinoma racemoso ni arterio-venoso. Mi diagnóstico fluctúa entre un aneurisma de la arteria temporal y un tumor pulsátil.

El tratamiento debe consistir en la extirpación, precedida de la ligadura de la carótida externa; pero hasta ahora, la enferma no se presta á dejarse operar.

Psoriasis curado por medio de la tiroidina.—El Dr. Ewald: El enfermo que aquí comparece, presentaba no hace todavía más que dos meses, un extenso psoriasis que cubría la mitad superior del cuerpo, las nalgas, los muslos, los hombros, etc., y con el uso de 450 pastillas de tiroidina de 1 decígramo cada una, se ha curado por completo, no quedándole más que una rubicundez muy ligera. Verdad es que ha tomado al mismo tiempo arsénico, pero sólo en dosis de 3 gotas y en una cantidad total de 6 decígramos de ácido arsenioso, y por lo tanto, en una cantidad tan pequeña que no pudo haber influído en la curación, aunque sí ha influído, á juzgar por lo que he visto en otros casos, en que las grandes dosis de tiroidina no hayan producido síntomas de intoxicación. En efecto, este sujeto no ha presentado temblores, aceleración de pulso, ni trastornos psíquicos ni sensitivos, puesto que el temblor de los dedos ya tiene cinco años de fecha, y no tiene nada que ver con la tiroidina. Este medio se ha aconsejado contra diversas dermatosis, tales como la esclerodermia, la ictiosis, el eczema y el psoriasis, pero generalmente sin resultado.

Etiología del carcinoma.—El Dr. Jürgens: Se recordará que en el caso de cáncer del pulmón que presenté el año 1898, se encontraban en las secreciones bronquiales organismos que creí poder relacionar con el neoplasma. Desde hace años he visto elementos parecidos en y al lado de las células del cáncer, y en algunos casos en vías linfáticas bastante distantes del foco primitivo. Poco tiempo ha, he vuelto á encontrar elementos análogos en un caso de cáncer del pulmón, en el que también estaba invadido por los mismos el centro circulatorio. No pretendo que se trate del productor directo del cáncer; pero es indudable que se halla en relación con este neoplasma. Algunos autores, sobre todo ingleses, sostienen que el cáncer es debido á los blastomicetos; pero éstos se encuentran muy á menudo en todas las regiones del cuerpo y perturban el examen microscópico. Muchos bacteriólogos pretenden que todas estas preparaciones se deben teñir, y que los ele-

mentos que no se dejen teñir no tienen importancia alguna; yo creo, por el contrario, que el tinte de los protozoos sólo suministra productos artificiales, puesto que con la adición de las materias colorantes se alteran en el acto, como sucede con las plasmodias. Para obtener una imagen natural, se debe proceder con mucha precaución, y para conservar las preparaciones sólo se deben usar disoluciones muy tenues de glicerina, ó todo lo más de azafranina. Verdad es que resulta muy difícil la observación de preparaciones no teñidas; sin embargo, para poder juzgar con acierto, es preciso saber apreciar bien los detalles en estas preparaciones. La mayor parte de las investigaciones que se han hecho acerca de las gregarinas, etc., no merecen ninguna atención, porque se trata casi siempre de formas artificiales.

En el último caso que yo he observado, el corazón estaba muy anémico, y á pesar de haberlo extraído muy pronto del cadáver, hallé el ventrículo izquierdo invadido por organismos que nunca había visto en este sitio. Entre las fibras primitivas y en los vasos linfáticos, se encontraron elementos á manera de cánceres muy jóvenes, de forma alargada, algo polimorfa, y formando una capa muy delgada, de tal manera que cabía la duda de si merecía el nombre de membrana. Dichos elementos estaban constituídos por granulaciones numerosas de forma muy igual, y que asemejaban colonias bacterianas.

Estos elementos granulosos eran bastante numerosos, y tenían un color pardusco. En la proximidad de los mismos había otros mayores, brillantes y transparentes, de un aspecto como de gotas de grasa ó mixomicetos, y por lo demás, algo refringentes y no tan transparentes como la grasa; recordaban la forma amiboidea de los mixomicetos, pero con un brillo más intenso que éstos. Estos elementos llenan los intersticios de las fibras musculares del corazón, de tal manera, que en muchos casos las fibrillas primitivas aparecen comprimidas, y en las inmediaciones en un estado de atrofia parda muy acentuada. Observé, además, que algunas regiones del músculo cardíaco estaban llenas de cuerpos hialinos tan voluminosos, que se podían ver con una lente fuerte; presentaban figuras irregulares como las plasmodias de los mixomicetos, pero sin granulaciones. En algunos puntos del músculo cardíaco, se veían quistes más ó menos marcados con membrana y granulaciones, á la manera de las esporas de los mixomicetos.

Hasta ahora nunca había visto organismos como los que encontré en mis dos observaciones, y aunque no los considero como patognomónicos, me inclino á considerarlos como los primeros períodos de la invasión cancerosa, y me fundo para ello en que también se encuentran cuerpos parecidos al lado de las células. Por otra parte, creo que esta especie de invasión sólo se puede verificar en los órganos donde dichos organismos, una vez inmigrados, no tienen ocasión de encontrar los elementos epiteliales que necesitan para proseguir su marcha invasora, y, por otra parte, tampoco encuentran en los órganos dichas células epiteliales. Así sucede en la musculatura cardíaca. En todo caso, hay que proceder con mucha cautela en la interpretación de tales elementos morfológicos. La opinión de que se trate de blastomicetos me parece incomprensible. De lo que se trata, además, es de una lesión grave del músculo cardíaco, que en ciertas circunstancias se debe atribuir á dicha invasión. Lo que no se sabe aún es si se trata de una lesión cancerosa

específica ó de una mezcla de elementos accidentales, como tampoco se sabe aún si dichos organismos son protozoos ó pertenecen al reino vegetal. El estudio de este punto tropieza todavía con grandes dificultades.

Aparato para la inyección subcutánea de aceite.— El Dr. Ewald: Sabido es que la inyección subcutánea de aceite desempeña un gran papel en el método terapéutico de Leube, y que semejante inyección es preciso practicarla con muchísima lentitud. Con el aparato que aquí presento se consigue que para inyectar de 80 á 100 cent. cúb. de aceite (preferiblemente en el pliegue de la ingle) se inviertan de treinta á cuarenta minutos. Consiste mi aparato en una botella como la que se emplea para lavar el hidrógeno sulfurado, la cual está cerrada por arriba; un tubo desciende hasta el fondo de la misma; en la parte lateral hay una abertura; el tubo superior está unido con un tubo de goma y con la cánula que yo empleo para pinchar las piernas edematosas, la cual tiene una serie de aberturas laterales. Por medio de una pera doble de goma se obtiene la presión necesaria para que el aceite entre fácilmente, pero con mucha lentitud, en el tejido subcutáneo. La presión se puede regular por medio de un tornillo de presión. La botella es lo suficientemente grande para que se pueda emplear una presión bastante considerable. Es evidente que se habrá de operar con las precauciones asépticas y antisépticas, hirviendo previamente el agua, esterilizando el aceite, etc. El aparato está dispuesto de modo que el aire aspirado no se ponga en contacto con el aceite que se va á inyectar. De los resultados obtenidos daré cuenta en el Congreso de París.

Aparato para recoger la orina de los dos riñones.— El Dr. Freundenberg: El aparato que presento y que ha sido inventado por Downes, de Filadelfia, consta de dos partes: La primera se introduce en la uretra ó bien en la vejiga; la otra en la vagina, ó si se trata del hombre en el recto. La parte destinada á la vagina consta de un tubo delgado curvo y á manera de rejilla con dos ventanas en su extremo vesical, las cuales están tapadas con una placa de metal que puede girar alrededor del eje. El instrumento se introduce cerrado. Una vez llegado al interior de la vejiga que se habrá llenado previamente de aire ó de agua boricada, se separan las partes del mismo, haciéndolas girar sobre su eje, con lo cual, las dos ventanas se colocan cerca de los dos uréteres. Hecho esto, se introduce la pieza que representa un tabique para el recto ó para la vagina, y entre ambos se desliza el tubo en forma de casquete que está destinado á dar salida á la orina, de suerte que se produzca una depresión de la vejiga en forma de silla de montar y en dirección antero-posterior. En cada una de estas bolsas penetra una ú otra de las aberturas del cateter. Por medio de un tornillo se fija el instrumento en esta posición y en el acto comienza á salir el agua boricada y la orina de ambas bolsas. El instrumento no es capaz de sustituir al cateterismo uretérico en todos los casos, pero es mejor que los demás instrumentos propuestos, sobre todo, cuando dicho cateterismo no es posible, v. gr., en los casos de supuración renal.

Válvula de resorte y de regulación automática para aparatos aspiradores.— El Dr. Evler: El aparato que aquí presento permite obtener un determinado enrarecimiento del aire en una vasija mientras dura la evacuación de ésta y con independencia de la intensidad de la fuerza evacuante. Hace tres

años, Perthes introdujo con tal objeto el empleo de la fuerza de aspiración que produce un líquido al salir; mas como esta fuerza enrarece rápidamente el aire, hay que procurar que tal enrarecimiento no sea excesivo, por lo cual, dicho autor emplea al mismo tiempo como válvula de seguridad un manómetro de mercurio para el tratamiento consecutivo de la operación del empiema.

Para remediar los inconvenientes de los métodos propuestos hasta ahora, hemos ideado el ingeniero Beihl y yo una válvula de resorte de 11 centímetros de alto y 4 y medio de ancho. Con esta válvula cónica, que es sostenida en su sitio por un resorte de espiral, regula la misma presión exterior el ingreso de aire necesario para obtener el grado de enrarecimiento que se desee. La válvula está defendida por una vaina que, por medio de tapones de goma, se introduce directamente en una abertura del vaso que se va á evacuar, ó puede unirse al mismo de otro modo. La vaina está unida íntimamente con un cilindro también metálico, que sirve para recibir la válvula cónica, y para paso del vástago de la válvula y del aire exterior. Haciendo girar á la derecha una tuerca que está colocada en la parte superior del cilindro, se aumenta la tensión del resorte, y haciéndola girar á la izquierda, se produce el efecto contrario. De este modo, la válvula cónica opone á la presión del aire exterior una resistencia, que varía según la tensión del resorte mencionado.

Creo que mi aparato conviene para el tratamiento consecutivo del empiema: 1.°, con el objeto de favorecer el desplegamiento del pulmón cuando las circunstancias se oponen á él, como sucede en los casos de enfisema, de tuberculosis incipiente y de poca elasticidad de las paredes torácicas; 2.°, cuando el pulmón, con la terapéutica usual (resección de las costillas, etc.), es de excepcional interés que se despliegue por completo en dos ó tres días; 3.°, á manera de ensayo en los casos de cavidades enfisematosas antiguas, antes de proceder á operaciones de más entidad (toracoplastia, etc.).

Está contra-indicado el procedimiento en los casos de gangrena, de sospecha de absceso del pulmón, de cavernas tuberculosas, de bronquiectasias. El aparato conviene también para dar salida á la orina después de la talla hipogástrica, etc. También se puede combinar con la ventosa de Junod y emplear para la regulación de la aspiración permanente en los casos de punción simple seguida de aspiración ligera.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

El dolor como signo patognomónico del embarazo extra-uterino. — El dolor solo, dice el Dr. H. Coe, cuando no va acompañado de conmemorativos y de otros síntomas, sólo es patognomónico del embarazo extra-uterino en las condiciones siguientes: El dolor debe ser agudo y dar á la enferma la impresión de un cólico; debe estar perfectamente localizado en un sólo lado, ir acompañado de síncopes y ser seguido de remisiones completas durante horas ó días. El pulso está acelerado durante la crisis, pero no hay fiebre; este dato

es importantísimo porque permite desechar toda idea de peritonitis. El dolor dislacerante producido por la rotura intra-peritoneal, va acompañado de los síntomas de la hemorragia interna. Cuando la hemorragia se produce fuera del peritoneo los síntomas dependen de la cantidad de sangre derramada; tardan poco en desaparecer y son sustituídos por los signos de compresión debidos á una masa localizada en los pliegues del ligamento ancho que rechaza los órganos pelvianos. Si persiste el dolor de una crisis aguda, puede sospecharse la peritonitis localizada. — (*Medical News*).

Fisiología y patología del ciclismo. — El Dr. Mennella saca de sus estudios sobre el ciclismo, las conclusiones siguientes:

El uso *moderado* de la bicicleta produce:

1.° Aumento de las funciones cardíacas, de la respiratoria, de la presión arterial, de la fuerza muscular y de los cambios orgánicos;

2.° Es tónico del sistema nervioso;

3.° Disminuye las funciones genitales.

Su *exceso* produce:

1.° Rapidez exagerada con insuficiencia de la respiración;

2.° Excitabilidad con fatiga del músculo cardíaco;

3.° Aumento notable de la presión arterial;

4.° Disminución de peso;

5.° Sudores profusos;

6.° Exageración de los reflejos tendinosos;

7.° Fatiga grandísima del sistema nervioso;

8.° Trastornos de los cambios orgánicos;

9.° Auto-intoxicación por acumulación de ácido carbónico en la sangre.

La posición encorvada del ciclista, el enfriamiento cutáneo y la silla, son tres factores que hacen del ciclismo un ejercicio inferior á otras aplicaciones de la gimnasia. — (*Journal méd. de Bruxelles*).

Fersan.—La última preparación ferruginosa es el fersan que se produce sometiendo á la centrifugalización la sangre batida, y tratando con ácido clorhídrico concentrado los glóbulos rojos aislados. Se forma una base y una albúmina ácida que contiene todo el hierro y el fósforo. Es un polvo de color de chocolate, de sabor ligeramente salino, soluble en agua caliente, y que no se coagula por el calor. Contiene más de 80 por 100 de substancias protéicas, pero no bases aloxánicas. Winkler ha demostrado que cuando se administra á los animales, aumenta la cantidad de hierro depositado en el hígado y en el bazo. Silberstein ha empleado con éxito el fersan en la anemia, debida á la sífilis, en la consecutiva á las metrorragias, y como agente nutritivo en los niños convalecientes de enfermedades específicas agudas. El fersan se absorbe únicamente en el intestino y su absorción es completa porque las heces no contienen cloruro de hierro como cuando se administran otras preparaciones ferruginosas. La dosis es de tres á seis cucharaditas por día.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

FIEBRE TIFOIDEA

POR EL DOCTOR

D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

III

Una de las cuestiones más debatidas en estos últimos tiempos respecto á la fiebre tifoidea es la relativa al contagio, entendiendo por tal el que se realizaría lo mismo en las casas que en los hospitales, por intermedio del aire, de las personas y de los objetos.

Esta cuestión no se puede separar bien de la referente al papel que en general desempeñe el aire en la producción de la fiebre tifoidea, no solo como vehículo del agente patógeno sino también como factor que predispone el organismo á contraer la enfermedad tífica cuando no se halla en buenas condiciones de pureza.

Sabido es que el aire impuro influye de un modo nocivo en la economía animal y no sólo influye cuando el grado de impureza es evidente y el tiempo que dura su acción no muy prolongado, sino que también está probado que aun en el caso de que la impurificación del aire no sea muy apreciable, si en cambio su influencia se sostiene por mucho tiempo, también es causa de que se resienta el organismo. Dígalo si no lo que hoy se sabe del papel que el aire impuro desempeña en la patogenia de la tuberculosis, papel que se demuestra de otro modo por la influencia favorable y hasta curativa en ocasiones que se observa con el tratamiento de dicha enfermedad por medio del disfrute constante de un aire puro, día y noche, verano é invierno y sin temor á enfriamientos, con tal que se tomen las precauciones convenientes.

Por lo mismo que la clínica es la que tiene que decir la última pa-

labra en todas estas cuestiones, comenzaré antes por exponer algo de lo que se ha hecho en el terreno experimental para dilucidar el papel del aire impuro como causa predisponente del tifus abdominal.

El Dr. Alessi se propuso estudiar esta cuestión y con tal objeto instituyó experimentos en ratones, conejos y conejillos de Indias (1). Los ratones se expusieron á las emanaciones de una letrina, los conejos y conejillos de Indias fueron colocados en una caja cuyo fondo estaba formado por una red metálica y debajo de la cual había un recipiente que contenía materias fecales. Ahora bien, se observó siempre que estos animales presentaban mayor impresionabilidad respecto al bacilo tífico : todos sucumbieron con la inoculación de pequeñas cantidades de cultivos, algunos de ellos debilitados, revelando el examen microscópico las lesiones características de la infección tífica. En cambio, los animales de comprobación que no habían estado expuestos al aire mefítico, no presentaron ningún trastorno á pesar de haber sido inoculados con igual cantidad de los mismos cultivos. Después estudió Alessi los efectos de algunos de los gases que se producen en la descomposición de las substancias orgánicas, tales como el amoníaco, el hidrógeno sulfurado, el ácido carbónico, el óxido de carbono y el sulfhidrato amónico, habiendo resultado de este estudio el hecho singular de que ninguno de estos gases, ni tampoco la mezcla de los mismos, produjo una influencia de carácter predisponente como la que se observó en la primera serie de experimentos. Es indudable que esta primera serie explica hasta cierto punto algunos hechos de los que hay ocasión de observar en la práctica diaria.

Otro estudio experimental también, pero que ya no se relaciona con la importancia del aire como factor predisponente, sino con su papel como vehículo del germen tífico, es el llevado á cabo por J. Uffelmann (2). Este autor después de esterilizar tierra de jardin, arena fina, barreduras, trozos de lienzo y de tela de lana, infectó estos materiales con emulsión de bacilos tíficos, ó con cámaras diarréicas á las que añadiera dichos bacilos cultivados en caldo, ó una emulsión acuosa de los mismos. Después de secos estos materiales en una habitación, sin haberlos expuesto á la luz solar, los desmenuzó y colocó en un armario, al abrigo también de la luz del sol. Ahora

(1) *Annal. dell' Inst. de Igiene sperim. della Universitá de Roma.* Vol. IV. Fd. 1. 1894.

(2) *Wiener. med.* Pr. 47-1898.

bien, en estos materiales así tratados se encontraron bacilos tíficos sobre todo, en la arena y en la tela de lana á las ocho y diez semanas de la desecación y en gran cantidad hasta después de los diez ó veinte primeros días. Golpeando el lienzo y la tela de lana, después de desecados, y recogiendo el polvo en gelatina ó frotándolo, con los dedos esterilizados, sobre una cápsula que contuviera esta misma substancia, se encontraron en ella bacilos tíficos después de diez y seis á cuarenta días de haberse realizado la desecación. Además, con una pera de caucho se sopló sobre el polvo de la tierra de jardín y de barreduras ya infectadas y que llevaban seis días de desecación de modo que dicho polvo pudiera caer sobre cuatro cápsulas colocadas en serie sucesiva y llenas de gelatina; en todas se desarrollaron colonias tíficas. Finalmente se sopló dicho polvo en el mismo día de desecación sobre una cápsula llena de leche esterilizada, la cual se mantuvo á la temperatura de 23° durante cuarenta y ocho horas: inoculando porciones pequeñas de esta leche en gelatina, obtuvo también el autor un gran número de colonias típicas del bacilo de Eberth.

El Dr. Uffelmann deduce de estos experimentos, que los bacilos tíficos pueden ser arrastrados por el aire en un estado que permite su desarrollo ulterior. El experimento con la tela de lana enseña también lo peligroso que puede ser que esta clase de tejidos se ensucie con excrementos tíficos El sacudir y cepillar telas así infectadas moviliza los bacilos tíficos que contengan y los puede hacer llegar á la boca del que practica la operación y en su caso á la de los que se hallen presentes.

Algo difieren de las conclusiones precedentes las que establece Eduardo Germano en vista de los resultados obtenidos con sus experimentos (1) y que no he de detallar por no extenderme demasiado, pero que en su marcha general se parecieron bastante á los de Uffelmann. En efecto, parece resultar de los experimentos de Germano que el germen tífico no sería capaz de sobrevivir á una desecación completa, y que por lo tanto, no podría ser arrastrado con el polvo por medio de las corrientes de aire. En cambio, poseería una gran resistencia vital siempre que se hallase adherido á objetos que con dificultad se secan por completo, tales como las ropas interiores, las telas de vestir, la suciedad que contenga heces fecales, etc. Cree, por lo tanto, el autor que esta propiedad que tiene el bacilo tífico de

(1) *Zitschr. f. Higien. und. Infections Krankt.* XXIV. 3.

conservarse en un estado semiseco constituye un peligro más importante por lo que se refiere al contagio; y como en realidad, más frecuente son en la práctica los casos en que el bacilo tífico se halla en tal estado que no en el de desecación completa, los experimentos de Germano no son motivo ni mucho menos para alejar el temor de que el germen tífico pueda transmitirse, más aún que por el aire, por los objetos y en especial por los blandos y muy porosos.

Viniendo ahora á los hechos de observación clínica, seguiré una marcha análoga á la adoptada en los artículos anteriores y, por lo tanto, daré cuenta de los casos en que de un modo más ó menos claro se demostró la realidad del contagio de la fiebre tifoidea, intercalando de paso las reflexiones y consideraciones que juzgue oportunas.

Para asegurar que la epidemia de fiebre tifoidea que se presenta en una casa, un colegio, un hospital, etc., ha sido adquirida ó por lo menos, difundida por contagio, es necesario que se pueda excluir con toda seguridad la causa más común del desarrollo de dicha enfermedad, que como sabemos, es la ingestión de agua y de alimentos contaminados con el agente patógeno. Por esta razón, son pocas las observaciones que se han publicado de transmisión del tifus abdominal por contagio en que se puede asegurar que éste ha sido el modo indudable de propagación de la enfermedad.

Una de estas observaciones parece ser la que publicó el Dr. Petz en el núm. 99 del *Deutsche Medizinal-Zeitung* del 1893, con motivo de otra del Dr. Osler que á mí no me parece tan fehaciente y por eso no hago mérito de ella. Se trata en el caso del Dr. Petz, que se remonta al año 1880, de una familia de once personas que enfermaron todas de fiebre tifoidea en el curso de tres meses habiendo sucumbido cinco, á saber, el padre, la madre, los abuelos y una hija de once años. El primer caso recayó en uno de los hijos, de veintitres años de edad, que frecuentaba mucho una casa donde había casos de fiebre tifoidea. De este sujeto se fué propagando el mal sucesivamente á la madre, al padre, á tres hermanos, á los abuelos, á dos hermanas y á un hermano. También contrajo la enfermedad una Hermana de la Caridad que vino á asistir á esta familia; pero el mal no se presentó hasta que hubo vuelto á su casa. Esta enferma también murió Como quiera que la invasión no fué simultánea sino sucesiva, y que se pudo seguir la filiación y origen del mal, y por otra parte, como el agua de que usaba esta familia estaba muy distante de la heredad en que vivía y surtía á otras familias que no tu-

vieron ningún caso de tifus abdominal, no es violento admitir que el mal se propagó en este caso por contagio.

No quiere esto decir que toda epidemia doméstica, cuyo origen no pueda atribuirse claramente al agua ó á los alimentos, ha de ser producida por contagio y en prueba de ello citaré la epidemia de fiebre tifoidea que he tenido ocasión de ver en una casa del barrio de Salamanca de esta corte hará cosa de cuatro ó cinco años. En este caso no hubo la filiación etiológica de la epidemia de que acabo de hacer mérito, pero por otra parte, sería violento atribuirla exclusivamente al uso de un agua contaminada. En efecto, además de que por la época á que me refiero, sólo había en el centro de la población casos aislados de tifus abdominal, como en mayor ó menor número los hay, puede decirse que siempre, la circunstancia de que en menos de dos meses la enfermedad hubiese atacado á más de veinte personas de los distintos pisos de la casa, sin que entre muchas de ellas no hubiese otra relación que la de vivir en un mismo edificio, hace pensar que el aire de éste debía de estar contaminado, quizá por emanaciones dependientes de la alcantarilla, y sería, por lo tanto, el culpable del desarrollo de la enfermedad. En efecto, el agua era la misma que se consumía en las casas inmediatas, donde no hubo ningún caso ó tan sólo alguno que otro; los demás alimentos procedían, incluso la leche, de distinto origen, como tuve ocasión de saber por preguntas que hice con tal objeto; la aparición más explosiva que simultánea y la falta de trato entre muchos de los atacados hacía pensar más bien en una causa general y á la vez local de la casa en cuestión que no en una transmisión de persona á persona ó por medio de ropas ú otros objetos. Conviene hacer constar, dicho sea de paso, que al lado de casos completamente típicos de fiebre tifoidea hubo otros borrosos en su sintomatología; pero á mí no me cupo la menor duda, tanto de que se trataba de la misma afección por la simultaneidad de aparición, y la existencia de casos que servían como de lazo de unión entre los típicos y los que no lo eran, como de que la causa del mal fué en esta epidemia doméstica el aire viciado probablemente por emanaciones del subsuelo. De todos modos, es hecho que no he querido dejar de hacer constar, tanto porque creo que se debe incluir entre las epidemias de tifoidea no adquirida por el agua, sino probablemente por el aire, como porque se aparta en más de un punto de lo que enseña la práctica diaria.

En los hospitales pasa como bastante corriente que la fiebre tifoidea es contagiosa en un grado tan mínimo, que, adoptando las pre-

cauciones comunes de ventilación y limpieza no se transmite la enfermedad de los que la padecen á los que están libres de ella. Y como prueba de la verdad de este hecho, que en el hospital Provincial de Madrid, se admite como indudable, citaré no sólo la observación cotidiana sino un caso que me parece bastante demostrativo. Cuando á fines del verano de 1899 se iba acabando la epidemia que había motivado la creación de salas de tifoideas, una de las dos que yo tuve entonces á mi cargo, no se volvió á habilitar para enfermedades comunes sino después de haber estado desocupada más de un mes y de haber practicado en ella una desinfección y ventilación radicales y completas; pero en la otra, no por consejo ni con aquiescencia médicos, pero sí por apremio de la aglomeración de enfermos, se efectuó el cambio sin llevar á cabo las medidas que son de rigor, á pesar de lo cual, no se dió el caso de que ninguna de las enfermas que entraron cuando todavía había convalecientes de tifoideas, hubiese contraído esta enfermedad.

Sin embargo de esto, se observan casos alguna que otra vez en que se efectúa positivamente tal contagio de cama á cama. Así Guinon refirió en La Sociedad de los Hospitales de París (1) el caso de tres niños, que, después de haber permanecido respectivamente cuarenta, veintiuno, y cuarenta días en el hospital contrajeron la fiebre tifoidea, por hallarse en una sala donde había por entonces varios casos graves de dicha enfermedad. Pero, añade, y es bueno hacerlo constar, que la sala estaba mal ventilada, mal iluminada y muy hacinada de enfermos.

Por otro procedimiento que el de la observación de una epidemia determinada, llega el Dr. Pauly (2) á afirmar el contagio hospitalario de la fiebre tifoidea. En efecto, estudiando los casos de esta enfermedad que en el curso de algunos años se presentaron en los hospitales de Lyon en individuos que contrajeron la infección tífica por haberse hallado en la proximidad de otros enfermos de esta afección, resulta que ha habido en dicho tiempo, 37 casos de ese género, de los cuales 24 recayeron en otros enfermos, y 13 en Hermanas de la Caridad y en enfermeros. A juicio del autor la contagiosidad del tifus abdominal es un hecho probado, pero rara vez se observa respecto á otros enfermos. La transmisión por el aire no está, en su entender, probada todavía. El contagio se verificaría generalmente por las manos y por los objetos que se ponen en contacto con los ti-

(1) *Bulletin medical*, 1898.
(2) *Revue de medecine*, 8-1898.

foideos que se hallan en las salas, por lo cual cree el autor, que lo mejor de todo es colocar á los tifoideos en salas especiales.

Es indudable que la ventilación y la limpieza muy esmerada deben bastar, si no siempre, en la inmensa mayoría de los casos para evitar el contagio de la fiebre tifoidea. Además del hecho que he citado anteriormente relativo á la sala del Hospital Provincial de Madrid, que sin evacuación previa de los tifoideos y sólo con dichas medidas higiénicas se transformó en sala de enfermedades comunes, sin que á pesar de ello se presentara ningún caso de contagio, debo citar otro hecho observado en el mismo Hospital que como contraprueba viene en apoyo de mi opinión.

En el invierno de 1895 al 96 ingresó en una sala del Hospital Provinral, una enferma con fiebre tifoidea de mediana intensidad que contagió á tres Hermanas de la Caridad, á los dos enfermeros, á dos internos, uno de los cuales murió, al mozo de la enfermería que también falleció y á siete enfermas de la sala, siendo de notar que la enferma causante de todos estos casos se curó. La sorpresa que estos hechos causaron en el Hospital Provincial, demuestra su misma rareza y el hecho de que en cuanto se adoptaron ciertas medidas de ventilación y limpieza más rigurosas que las que se venían observando, no se repitieran los casos de contagio, hace creer que alguna laxitud en el cumplimiento de dichas medidas debió haber contribuído al desarrollo de la epidemia producida en cuestión indudablemente por el contagio y casi con seguridad por los objetos y personas, porque es de notar, que en otras salas que vienen á formar una misma con la infectada, pero que tienen distinto personal, no se presentó ningún caso, como hubiese sucedido de haberse verificado el contagio por intermedio del aire. Es indudable que también contribuyó á acabar con la epidemia la determinación que se adoptó de habilitar salas especiales de tifoideos donde se colocaron todos los que entonces había en el Hospital Provincial (1).

Del estudio detenido que hizo el Dr. Peck y de que dió cuenta en la reunión anual celebrada por la Asociación Médica Británica en Portsmout, en agosto de 1899, acerca de cómo se adquirió la enfermedad en 206 casos de fiebre tifoidea, llega á la conclusión de que en 28 casos, ó sea en un 13'5 por 100, se contrajo indudablemente por contagio directo en la habitación de otro enfermo de la misma dolencia. En tal concepto inculpa como vehículos del germen tífico á las

(1) Revista de Medicina y Cirugía prácticas-1876-9. Tomo II, caso citado por el Dr. Hernández Britz en la Real Academia de Medicina.

excrecencias, al aire, á los alimentos y bebidas y á otros objetos de la habitación contaminada. Deduce el autor como consecuencia de estos hechos la inconveniencia de poner los tíficos en salas en que hay otra clase de enfermos, y aconseja que en los casos de fiebre tifoidea se adopten las mismas reglas de desinfección y con el mismo rigor que en las demás enfermedades infecciosas.

Como demostración práctica de que se puede transmitir el germen tífico por medio de los objetos, cita el Dr. Alfonso Romans (1) el caso de tres enfermas de una misma sala en las que pudo excluirse toda otra causa de contagio que el uso de un termómetro con el que se practicaba el examen de la temperatura introduciéndolo en el recto, sin desinfectarle después convenientemente. Con el objeto de confirmar su opinión se introdujo un termómetro en el ano de un tifoideo, lo dejó colocado en dicho sitio durante diez minutos, lo limpió después á la ligera y en seguida lo lavó en algunos centímetros cúbicos de agua destilada y esterilizada. Con algunas gotas de esta agua practicó siembras, obteniendo, de seis casos, en tres, cultivo del bacilo de Eberth. En cambio, cuando después de tener introducido el termómetro en el recto de un tifoideo, se le colocó durante media hora en una disolución de sublimado al 1 por 100, el agua en que después se lavó el termómetro se conservaba estéril.

Cito estos hechos no tanto por su importancia práctica directa, ya que entre nosotros es muy raro que se tome la temperatura introduciendo el termómetro en el recto, sino como una prueba más de la posibilidad de que sea transmitido el contagio tífico por intermedio de objetos contaminados.

Resta ahora para terminar el capítulo relativo á la etiología y patogenia de la fiebre tifoidea, dedicar algunas palabras al asunto relativo á la transmisión de la tifoidea de la madre al feto y á la inmunidad conferida por un primer ataque de la afección tífica.

Todo lo que pueda decirse de que la placenta constituye una barrera que no pueden pasar los micro-organismos, tiene contestación cumplida, primero por los hechos experimentales que demuestran, aunque de un modo excepcional, lo contrario en casos en que casi siempre presenta la placenta lesiones que permitieron el paso de los micro-organismos; segundo, por los hechos de observación clínica relativos, sobre todo, á casos de madres variolosas que han dado á luz hijos atacados de la misma enfermedad; y tercero, por la posi-

(1) *Gazzeta medica di Torino*. 4-1899.

bilidad de que los principios elaborados por las bacterias pasen á través del filtro placentario.

De todos modos, como no es del caso entrar ahora en este punto de patología general, me limitaré á citar dos hechos que demuestran no que pasa siempre la infección tífica de la madre al feto, pero sí que por lo menos pasa en algunos casos.

Uno de estos casos es el de que dió cuenta el Dr. Fordyce en una de las sesiones celebradas por la Sociedad obstétrica de Edimburgo el año 1898. Se trataba de una multípara que hallándose en el quinto mes de embarazo abortó á consecuencia de padecer de fiebre tifoidea, falleciendo dieciocho horas después. Ahora bien, en el feto no sólo se encontraron gran cantidad de bacilos tíficos, sino que se observó la reacción de Widal. En cambio, no se descubrieron lesiones patológicas en el bazo, en el intestino, ni en otros órganos.

En otro caso referido por el Dr. H. Jamizewski (1), la madre no llegó á fallecer á consecuencia de la fiebre tifoidea, que se presentó con todos sus caracteres, pero dió á luz á los veinte días de enfermedad un feto varón de ocho meses que murió á los cinco días. La autopsia no reveló nada de particular más que cierta hipertrofia del bazo; pero tanto en éste, como en el pulmón, riñón é intestino se encontraron en el líquido obtenido raspando su superficie de sección, gran número de bacilos que presentaban la forma y dimensiones de los bacilos tíficos. Y como quiera que las colonias obtenidas con las siembras hechas con estos bacilos, presentaban también los caracteres bacteriológicos de los cultivos tíficos, es evidente que en este caso los micro-organismos patógenos atravesaron el filtro placentario, si bien por falta quizá de tiempo suficiente no llegaron á producir las lesiones intestinales típicas lo mismo en este caso que en el anterior.

Respecto á la inmunidad, último punto de que trataremos en el presente artículo, es sabido que por fortuna son raros los casos en que una misma persona sufre en el curso de su vida dos, y con mayor razón, tres ataques de fiebre tifoidea, siendo en tal concepto de mejor condición esta enfermedad que el sarampión, la difteria, el cólera y otras del mismo grupo. Pero no contentándose los autores modernos con el hecho, trataron de penetrar en su naturaleza íntima y con tal fin ha habido investigadores, como el Dr. Stern que se propusieron resolver las tres cuestiones siguientes (2):

(1) *Münch. med. Wochenschr.* 38-1893.
(2) *Deutsche med Wochenschr.* 37-1892.

1.ª Si en la sangre de un sujeto que ha pasado la fiebre tifoidea se puede demostrar mayor energía bactericida respecto al bacilo tífico.

2.ª Si dicha sangre tiene eficacia curativa contra la enfermedad producida en los animales por el bacilo mencionado, y, por último,

3.ª Si la sangre en cuestión neutraliza ó hace inofensivos los principios tóxicos que produce el bacilo de Eberth.

Ahora bien, respecto á la primera cuestión, se observó el sorprendente resultado de que la sangre de personas que han pasado la fiebre tifoidea, no sólo no tiene mayor energía bactericida respecto al bacilo tífico, sino que más bien sucede lo contrario. Respecto al segundo problema, resultó que la sangre en cuestión evita á veces que los ratones sean afectados por los cultivos tíficos; en otros casos retrasa la muerte del animal, y en algunos no produce ningún resultado. Finalmente, por lo que se refiere á la tercera cuestión se observó que si se mezcla suero de sangre de individuos que han sufrido la infección tífica, con una disolución esterilizada de veneno tífico, la inoculación de esta mezcla produce fenómenos patológicos leves, pasajeros y que los animales toleran bien. En cambio, la mezcla del suero de un sujeto que no haya pasado la fiebre tifoidea, con dicho veneno no evita que éste acarree la muerte del animal.

Por ahora, no se han utilizado estos datos para la proflaxia y la terapéutica; pero es indudable, que si se confirmaran podrían servir de base para aplicaciones de carácter práctico, y que por lo menos ponen en camino de conocer la naturaleza íntima de la inmunidad conferida por un primer ataque de tifus abdominal.

ESTERILIDAD POR ESTENOSIS CERVICAL

Y CONCEPCIÓN CONSECUTIVA Á LA PRIMERA DILATACIÓN

POR

D. ADOLFO MARTINEZ CERECEDO

Doctor en Medicina y Cirugía. Madrid.

Entre los diferentes casos de estenosis cervical congénita tratados con éxito por dilatación gradual, durante los dos últimos cursos, en el Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria, recuerdo una enferma de cuya curación me encargué, siendo su historia interesante por más de un concepto.

La enferma de referencia se presentó á la Consulta á principios de 1899, en el Dispensario de Ginecología que, correspondiente al Instituto dicho, existía en el Hospital de la Princesa.

La dismenorrea mecánica que sufría la condujo á solicitar alivio á los sufrimientos que sentía periódicamente al iniciarse la menstruación, y que empezó á notar desde la primera regla, acompañando á esta función catamenial constantemente, tanto de soltera como de casada, en cuyo último estado llevaba tres años, sin haber tenido aborto ni parto alguno.

Reconocida, se diagnosticó de «estrechez congénita con cuello cónico y anteflexión muy pronunciada», llamando la atención una estrechez de la vagina que difícilmente permitía la introducción del pequeño spéculum bivalvo de Bouveret y cierto aspecto infantil de los órganos genitales externos.

Se acordó hacer la dilatación gradual, de cuya ejecución me encargué.....

Que dilatando el cuello uterino, ya sea la estrechez congénita ó adquirida, se logra desvánecer ó disminuir la dismenorrea á la vez que se facilita la fecundación; que es el parto el mejor tratamiento de la dismenorrea mecánica, puesto que ningún dilatador es por su eficacia comparable al feto, previas las modificaciones que la gestación lleva al aparato genésico, particularmente al útero, son estas verdades axiomáticas que por su trivialidad hubiera omitido, pues nada más natural que la estenosis del cuello dificulte la salida de la sangre menstrual y á la par la entrada de los espermatozoides, y, por el contrario, que su dilatación facilite ambas funciones.

Si refiero este caso es porque viene á confirmar lo que *a priori* debiera sospecharse y es que no debe hacerse más que una sola dilatación después de cada menstruación, si no queremos exponernos á provocar un aborto.

Previos los cuidados asépticos correspondientes y la colocación de un tallo de laminaria, practiqué la dilatación gradual pocos días después de la regla, aconsejando á la enferma que volviera á la consulta inmediatamente después del siguiente flujo catamenial.

No concurrió á la Clínica hasta dos meses después, manifestándome que no había menstruado después de mi pequeña intervención.

Reconocida de nuevo encontré el cuerpo de la matriz aumentado de volumen, redondeado y el hocico de tenca violáceo, habiendo diagnosticado embarazo, que el tiempo corroboró. Tuvo un parto normal, y al reaparecer el molimen hemorrágico no sintió los dolo-

res que la atormentaban con regularidad todos los meses anteriores á la dilatación. Una sola sesión de dilatación gradual fué suficiente para que la fecundación se realizara, y el parto curó radicalmente la dismenorrea.

Ahora bien, si en lugar de una sola dilatación posterior á la hemorragia fisiológica se hubieran practicado dos ó tres, ¿no hubiera sido posible provocar el aborto en la hipótesis probable de que la fecundación siguiera inmediatamente á la primera dilatación?

Creo, por lo expuesto, que la prudencia aconseja no ejecutar más que una sola sesión de dilatación gradual, cuando esté indicada, después de cada flujo menstrual, con el fin de evitar el aborto consecutivo á una segunda sesión, teniendo en cuenta la posible fecundación después de la primera, en el caso de que la esterilidad fuera la consecuencia de la estrechez del cuello, pues en este caso la intervención resulta muy eficaz como curadora de la esterilidad, y el parto se encarga de curar radicalmente la dismenorrea mecánica, como ocurrió en el caso historiado, en el que la alteración menstrual reconocía dos ó quizá tres orígenes, tales son: *la referida estrechez*, *la indicada ante-flexión* y *el ligero infantilismo* de los órganos genitales, que parecía denunciar cierta deficiencia de desarrollo, compatible, no obstante, con el funcionamiento normal del aparato generador.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. Epidemia de escarlatina, por D. Angel de Diego Fernández. Valdemoro, 1900.

II. Un día de guardia en San Juan de Dios, por D. Federico Castillo Estremera. Madrid, 1900.

III. Cuadros sinópticos de patología general, diagnóstico y terapéutica, por el Dr. Villeroy, versión castellana por Reboles y Campos y Velez Gillen. Madrid, 1900.

I

En este trabajo se describe la epidemia de escarlatina padecida en Valdemoro durante el año de 1899, y en ella se da cuenta de varios casos muy interesantes por sus complicaciones, tales son: escarlati-

na complicada con nefritis y descamación á los treinta y cinco días; la escarlatina hemorrágica; la complicada con parotiditis, con bronquitis, y la escarlatina fulminante. Describe el origen probable de la epidemia y da cuenta de la mortalidad ocasionada, así como de los medios higiénicos y terapéuticos de que se ha valido para combatirla, llamando la atención acerca de los efectos positivos alcanzados con el baño á 32°, de diez á quince minutos de duración, cuando las temperaturas fueron muy elevadas.

Esta Memoria viene á ser una importante nota nosológica de Valdemoro, y de ella se sacará gran partido para la profilaxia de esta enfermedad en lo sucesivo, y servirá de guía para el tratamiento de la escarlatina, tal es el acierto con que su autor ha desarrollado el asunto.

II

Hé aquí descrito de mano maestra un cuadro de la vida hospitalaria, instructivo por dar á conocer el estado moral á que lleva la falta de cultura y de educación, que siempre se distinguen en seres semejantes á los que en su trabajo ha proporcionado el Dr. Castillo Estremera argumento original que hace á aquél meritorio desde el momento en que saca á la luz escenas reservadas á los que hemos podido, en tiempo más ó menos largo, sorprender algo semejante para compadecer á los asilados de cierta naturaleza, en los cuales los sentimientos más extraños y pervertidos, son la característica de su personalidad.

La verdad desnuda, tal como resulta del natural, es este curioso trabajo, escrito con galanura de estilo propia de quien, como el doctor Castillo Estremera, se revela como buen escritor.

III

No hace mucho tiempo dábamos cuenta de los cuadros sinópticos que publicó el Dr. Villeroy relativos á la patología externa é interna, y el mismo concepto favorable que nos merecieron aquellas publicaciones por su utilidad de fondo y de forma, nos merecen actualmente los tres tomos que acaba de publicar, relativos á patología general, diagnóstico y terapéutica.

En un momento dado se pueden consultar dudas de diagnóstico, síntomas característicos de enfermedad y tratamiento más adecuado, pues la clasificación por aparatos orgánicos facilita la investigación, y en pocas páginas se encuentra todo lo necesario para sa-

tisfacer cualquiera exigencia científica dentro de las materias de que se ocupa.

Los cinco tomos que van publicados tienen igual importancia y utilidad, y han de merecer seguramente señalada aceptación del público médico.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 9 de Junio de 1900.

El Congreso de Nápoles acerca de la tuberculosis. — El Dr. Espina: Continuando la información comenzada en una de las anteriores sesiones, diré que el Congreso se ha ocupado del tratamiento de la tuberculosis de Richet y Hericourt ó zomoterapia, que algunos han considerado como una sobrealimentación, y no es así, puesto que se funda en la opoterapia; pero no pudo ser juzgado de un modo definitivo, porque dicho tratamiento sólo tenía el antecedente experimental. Se presentaron algunas comunicaciones en apoyo de la eficacia curativa del tratamiento de Landerer ó por el cinamato de sosa, el cual estoy experimentando con resultado. Al ocuparse el Congreso de los Sanatorios, se han dibujado dos corrientes: una considerándoles como un medio de tratamiento, y otra como un medio profiláctico. Yo creo que modificando el concepto del Sanatorio desde el punto de vista de no ser exclusivista, salvo para casos muy concretos, y ampliando el concepto de Sanatorios á Hospitales, se facilitaría el problema de un modo notable. Podemos hacer los Sanatorios aun dentro de las grandes ciudades, puesto que bastan establecimientos donde no se tase el oxígeno atmosférico á esos enfermos que les queda tan poca superficie respiratoria.

El Dr. Ortega Morejón (D. Luis): A pesar de mi poca autoridad, he de protestar contra algo de lo que se ha dicho en el Congreso de Nápoles. La opinión allí sostenida de que no hay necesidad de predisposición para padecer la tuberculosis, es contraria á la de la Medicina tradicional y á lo que estamos viendo todos los días, y por hoy no tenemos nada mejor que sustituya á este vago concepto. Tan es así, que no hace falta ser sabio para vaticinar de ciertos individuos que llegarán á tuberculosos. También se ha presentado como una novedad las hemoptisis por arteritis, y esto se conocía desde hace mucho tiempo, como lo atestiguan los trabajos de Fearn en 1841 y después los de H. Martín, Rokitansky y otros. Del diagnóstico precoz se aseguró que era un paso hacia la curación; yo de mí sé decir que cuando veo á un individuo con signos de gran debilidad y predispuesto á la

tuberculosis, le trato, en lo que se refiere á los medios generales, como si fuera tuberculoso, en lo cual no se pierde nada. Se ha considerado la arritmia respiratoria como uno de los principales signos para averiguar cuándo un individuo empieza á ser tuberculoso. Tampoco es una novedad, pues unos atribuyen su descubrimiento á Raciborski y otros á Teófilo Thompson; pero ni la he observado nunca ni me la explico, puesto que el *ritmo* respiratorio depende de un gran número de factor en las que no figura el parénquima pulmonar. Por fin, haré notar el antagonismo que se observa entre la negación de la predisposición y la importancia que se da al estado del individuo en el tratamiento y el hecho de recomendar los Sanatorios, no sólo para tratar á los enfermos, sino para librar de la enfermedad á los predispuestos.

De la epidemia de fiebres tifoideas recientemente observada en esta corte.—El Dr. Calatraveño: El tifus no es más que una fiebre infecciosa, una tifoidea llevada al extremo. Me hacen pensar así las dificultades que existen para caracterizar y diferenciar el bacilo-coli del bacilo de Eberth; dificultades que los mismos maestros en bacteriología tienen la lealtad de confesar. Tampoco el sero-diagnóstico ni las autopsias han servido para dirimir la contienda respecto á la naturaleza de la enfermedad que se discute. Si han muerto algunos enfermos, la mayoría lo han sido por las complicaciones que estas fiebres suelen presentar, las cuales no dependen de la infección grippal, como se ha supuesto, sino de las distintas localizaciones de la fiebre infecciosa. La mortalidad no ha sido muy exagerada; según mis cálculos, se ha aproximado al 41 por 100. El pronóstico depende de las condiciones del sujeto, de las complicaciones que en el curso de la enfermedad se presentan y de las malas condiciones en que viven los individuos, sobre todo los de la clase pobre. El tratamiento de estas infecciones debe tener por objeto: sostener las fuerzas del enfermo, eliminar la infección y rebajar la temperatura. Lo primero se consigue con una alimentación conveniente, una buena aireación, cambio de cama, etc. Para conseguir lo segundo, no encuentro medicación más eficaz que la purgante. Para rebajar la temperatura, el mejor medio es la hidroterapia, especialmente en baños generales; la polakibrequia puede emplearse en las casas donde hay buenas condiciones de local, servidumbre y disciplina, mientras que los baños generales pueden usarse en todas ocasiones, siempre que se empleen bien, pues de este modo no ofrecen ningún peligro. Para no temer complicaciones de la administración de los baños, tendría que adoptarse una regla fija, fácil de retener en la memoria, como es la de que la temperatura del baño sólo fuera 8 ó 10 grados más baja que la del enfermo. — Codina Castellví.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Extracto de la sesión del día 23 de Mayo de 1900.

Varios casos de garrotillo no diftérico.—El Dr. Roca: Señores: Al ir á tratar de casos de garrotillos no diftéricos, debemos previamente concretar lo que entendemos por garrotillo diftérico y por garrotillo no diftérico.

En nuestro concepto la palabra genérica garrotillo ó crup, como modernamente se le llama, expresa aquel estado de asfixia, más común en la infancia, por reducción del espacio glótico, que dificultando el acceso del aire á los órganos respiratorios en cantidad suficiente para oxigenar la sangre, compromete la vida de un modo inmediato.

Dicho estado se atribuye por unos á una laringitis, otros lo atribuyen á una traqueítis, otros á una laringo-traqueítis, otros á simple inflamación catarral y otros á flagmesía específica, si bien conviniendo todos ellos en que la condición esencial de dicha enfermedad es la tendencia á formar falsas membranas, efecto atribuído sólo al bacilus diftérico hasta que el microscopio, y mejor dicho, la compenetración de la clínica y el laboratorio, han venido á demostrar con toda evidencia el que existen casos de garrotillo producidos por estreptococus, estafilococos, diplococos, pneumococus, bacilus coli, etcétera, etc., gérmenes que como ustedes saben muy bien, son capaces de producir pseudo-membranas, y por consiguiente, crup al radicar en la laringe. En ocasiones, aún sin llegar á la formación de falsas membranas, se determina todo el aparato del garrotillo debido á la obstrucción glótica por el simple atascamiento de exudadado laringo traqueal.

Después de lo indicado queda ya manifiesto que entendemos por garrotillo diftérico el producido por el bacilus de Klebbs-Loeffler, y por garrotillo no diftérico el ocasionado por estreptococos, estafilococos, etc., etc.

Este diagnóstico, en la mayoría de los casos, sólo puede hacerlo la clínica auxiliada por el laboratorio, y desde luego, su capital importancia se desprende al sólo considerar que en un crup de estreptococus, por ejemplo, lo más grave es la posible septicemia, mientras que en un crup diftérico es la intoxicación el resultado más temible.

Al llegar á este punto, no puedo menos de dirigir un cariñoso saludo á mi ilustre maestro el Dr. Llorente, por haber tan sabiamente llevado á la práctica esta indispensable fraternización de la clínica y el laboratorio, fundando el Instituto Microbiológico de Madrid, Instituto que siempre está á la disposición de todos los compañeros, y en el cual, huyendo de todo exclusivismo, tanto de clínica como de laboratorio, sólo se aprovechan las ventajas que de tal hermanización resultan.

Gracias á dicho Centro, en mis pocos años de práctica profesional, he podido diagnosticar varios casos de garrotillo no diftéricos, y de entre ellos diez han exigido de un modo rápido cumplir la indicación vital de restablecer el acceso del aire á las vías respiratorias, lo que hemos hecho practicando el entubamiento laríngeo fundados en las razones ya conocidas por toda la clase médica.

De estos 10 casos, 6 han curado y 4 han fallecido, resultando una mortalidad de 40 por 100, esto es, mayor que en los garrotillos diftéricos, resultado lógico ya que en aquellos falta el tratamiento causal que hay en éstos.

No queriendo cansar vuestra atención, sólo expondré sucintamente dos casos de crup producidos por estreptococus y un caso producido por estafilococus.

Caso 1.°—Niño de tres años y medio, venía enfermo desde algunos días con angina diagnosticada de catarral por su médico de cabecera; sobrevienen fenómenos laríngeos y amenazan la asfixia que obligan á la familia á

solicitar el concurso de un paidópata, el cual propone inmediatamente el entubamiento y la sueroterapia.

Intubado el enfermo en estado casi agónico, se le inyectan 10 centímetros cúbicos de suero antidiftérico; al mismo tiempo practico siembra para hacer el correspondiente análisis bacteriológico.

Se rehace el enfermito, y al día siguiente el microscopio nos demuestra que las partículas pseudo-membranosas, blanco-grisáceas expulsadas después de practicado el entubamiento, eran producidas por el estreptococus, resultando acorde con la temperatura del enfermo que estaba á 39°,8. En atención á todo ello, no creímos conveniente repetir la inyección de suero.

A los tres días en que la temperatura no pasaba ya de 38° practiqué la desintubación, viéndome obligado á reintubar al poco rato por reaparecer el estado asfíctico acompañado de frío y sudor. A los dos ó tres días nueva desintubación y reintubación, y así nos pasamos veinte días, al cabo de los cuales quedó el niño respirando sin tubo y con ligera afonía que fué desapareciendo lentamente.

En la actualidad, que ya cuenta este enfermo dos años de operado, sigue perfectamente.

Caso 2.°—Niño de dos años y medio, período álgido del sarampión, gran tiraje, resecación de las mucosas, pulso desigual y cianosis.

Solicitado nuestro concurso, practiqué la intubación con pocas esperanzas de éxito, pues el conjunto del enfermo revelaba gran infección general. No le inyecté suero alguno y á las nueve horas de operado dejaba de existir. El microscopio nos evidenció la existencia del estreptococus.

El germen, productor de estos dos casos de garrotillo, goza por decirlo así, el don de la ubicuidad ya que lo mismo se encuentra en la superficie cutánea de nuestro organismo, como en sus cavidades naturales haciendo vida de saprofito interin aguarda á que el terreno organismo, adquiera condiciones hábiles para que él pueda desarrollar su virulencia y penetrar ya sólo, ya asociado al interior del organismo con gran tendencia á invadir el torrente sanguíneo.

Este agente produce desórdenes locales y generales de todas clases, así, por ejemplo, lo mismo produce anginas y garrotillo pseudo-membranosos que abscesos, flemones, erisipelas, septicemia puerperal con ó sin angina concomitante, pleuresías, pericarditis purulentas, etc., etc.

En otros casos obra como elemento secundario viniendo, por ejemplo, á complicar una fiebre tifoidea, una escarlatina, una difteria, á la misma diabetes, acabando con el enfermo por supuración, al igual que acaba con los cancerosos, etc.

El que de estos dos casos de estreptococus falleciera uno y curara otro, no tiene otra explicación sino es la de que en el caso curado predominaban los efectos locales á los generales, con su formación de exudado pseudo-membranoso, etc., obteniendo el enfermo la auto-inmunización y á medida que ésta se iba produciendo iban disminuyendo las elevaciones térmicas.

En el caso fallecido, como ya indicamos antes, era tal el estado de infección general, que le operamos con pocas esperanzas de éxito.

Caso 3.°—Niño de ocho años y medio. Convaleciente de tos ferina, aparecen fenómenos laringo-estenósicos de tal gravedad, que obligan al médico

de cabecera á predecir un funesto é irremediable desenlace. No satisfecha la familia con tan fatídico pronóstico, llama á otro compañero, y éste daba alguna esperanza si se practicaba el entubamiento.

Llamados para ello, encontramos á este enfermito poseído de gran disnea y expectoración infradiafragmática. Practicada la intubación, sobrevienen accesos de tos, que podríamos llamar de buen augurio, expectora el enfermo gran cantidad de mucosidades y filamentos, quedando luego dormido durante dos horas, al cabo de las que una nueva expulsion de mucosidades, deja nuevamente dormir á este pequeñito.

Por el aspecto de lo expulsado y por los antecedentes del enfermo, sospechamos pudiera tratarse de un caso no diftérico. No practicamos inyección alguna de suero, y al día siguiente el análisis microscópico nos demuestra la existencia del estafilococus.

A las ochenta horas desintubamos á este pequeñito, para reintubarlo al poco rato.

A los tres días siguientes, nueva desintubación y reintubación. Así fuimos siguiendo hasta que á los catorce días, vista la persistencia de la cantidad de mucosidad, procedí á inyectar 10 centímetros cúbicos de suero antidiftérico, persiguiendo el fin de sustituir aquella hipersecreción con la que determina el suero. Al día siguiente, desintubación y reintubación, y á los tres días más, nueva desintubación, quedando bien. Durante estos dieciocho días, arrojó espontáneamente el tubo dos veces, dando tiempo para acudir á la reintubación.

Hace medio año fué dado de alta y sigue perfectamente.

En este caso, como ya hemos dicho, sólo se encontraron estafilococus, germen que produce elevación térmica menos acentuada que el estreptococus, y cuya malignidad es también menos intensa.

Al igual que aquél, abunda en las supuraciones, empiemas, en muchos flemones y también asociado á la difteria.

No encontramos ni el bacilo de Afanasieff ni el de Burger, así como tampoco encontramos el diplococus de Ritter, ni el protozoario de Deichler, gérmenes que, como ustedes saben, han sido presentados como causantes de la tos ferina.

El haber encontrado el estafilococus, nos da derecho á pensar que á la laringo-traqueítis, tan frecuente en la coqueluche, vino á juntarse la acción de los estafilococos, determinando el estado asfíctico.

A propósito de este caso, anoche léí en una *Revista* mensual, publicada en esta corte, que el Dr. Gilbert trata á los enfermos de coqueluche con pequeñas inyecciones de suero antidiftérico, sin pasar la cantidad total de 10 centímetros cúbicos. Dice que es el tratamiento que le da mejores resultados.

Como ya he dicho antes, al inyectar el suero al enfermo de que estamos hablando, fué con el objeto de sustituir la hipersecreción existente con la producida por dicho suero antisifilítico. ¿Es éste el mecanismo por el cual el Dr. Gilbert busca la curación de sus enfermos? En el caso concreto de que estamos hablando, ¿debemos atribuir la desaparición de la gran cantidad de mucosidad al suero inyectado? No nos creemos autorizados á dar opinión sobre este caso concreto, sino repetir lo que ya hemos dicho en otras

ocasiones, esto es, que el suero antidiftérico modifica favorablemente las anginas y garrotillos de estafilococus.

De todo lo dicho desde luego se desprenden las siguientes conclusiones:

1.ª La existencia de garrotillos no diftéricos producidos por estreptococus, estafilococus, etc.

2.ª El diagnóstico positivo de los mismos sólo puede resultar de la compenetración de la Clínica y el laboratorio.

3.ª Existencia de todo el aparato del garrotillo por el sólo acúmulo de exudado laringo-traqueal en la glotis de los niños.

4.ª Ser algo mayor la mortalidad en los garrotillos no diftéricos que en los diftéricos.

5.ª Ser errónea la opinión de nuestros amigos los franceses al afirmar que da mal resultado la intubación cuando hay que tener colocado el tubo más de cinco ó seis días.

6.ª Que la intubación no da mal resultado en la coqueluche, así como tampoco el suero antidiftérico.

7.ª Inseguridad acerca del factor de la coqueluche.

El Dr. Benítez: Estoy conforme con lo manifestado por el Dr. Roca, y poco voy á añadir á lo dicho por él. Yo he entendido siempre por garrotillo la dificultad respiratoria que tiene el enfermo por reducción laríngea dependiente de formación de falsas membranas ó no formación de falsas membranas. Pero hasta ahora, siempre había entendido por garrotillo no diftérico la laringitis estridulosa ó falso crup. Autores eminentes han confundido la laringitis estridulosa con el espasmo de la glotis que se presenta en los niños de menos de un año, es espasmo de la glotis y del diafragma.

Desde el punto de vista clínico, tiene importancia la división por la terapéutica: siempre que pueda hacerse la intubación, debe preferirse á la traqueotomía. En el curso del sarampión, debe hacerse la traqueotomía y no la intubación. Cuando viene el edema, se impone la traqueotomía á la intubación. La intubación tiene los inconvenientes de las ulceraciones, que pueden depender: 1.°, De la impericia del que la ejecuta; 2.°, de alteraciones edematosas de la mucosa; 3.°, del tiempo que esté colocado el tubo; 4.°, de la desintubación, sobre todo antes que se hacía con el desintubador.

Es una exageración el atribuir al suero antidiftérico influencia sobre otras enfermedades que no sea difteria; yo creo que sólo sirve para la difteria, y debemos alegrarnos que así suceda, pues medicamento que sirve para mucho, no suele servir para nada. Yo pongo en duda que el suero antidiftérico cure el ozena, la vejez prematura, el asma y la tos ferina.

El Dr. Roca: En mi concepto, tan garrotillo verdadero es el producido por membranas diftéricas, como el producido por membranas de estreptococus, estafilococus, diplococus, etc., así como el producido por el simple atascamiento de exudado laringo-traqueal, como el caso por mí citado en el convaleciente de tos ferina. De modo que debemos considerar tres clases de garrotillo:

1.ª Garrotillo diftérico;

2.ª Garrotillo no diftérico;

3.ª Falso garrotillo, entendiendo por este último el dependiente de estridulismo, espasmos glóticos, etc.

Referente á que el suero antidiftérico sea una panacea, lejos de mi ánimo tal pretension, y en prueba de ello, hoy mismo he rehusado inyectar suero antidiftérico á un sarampionoso con crup por edema de la laringe, á pesar de haberlo solicitado dos compañeros y la familia del enfermo.

El Dr. García López (D. A.) se levanta para preguntar al Dr. Roca por qué emplea la intubación en todas las clases de garrotillo.

El Dr. Roca, contestando al Dr. García López, dice que la intubación es el tratamiento del síntoma como indicación vital.

El Dr. Robert: En el fondo estamos todos de acuerdo. En el garrotillo hay la indicación vital de la intubación, sea producido por falsas membranas, por inflamación ó por espasmo. La intubación es un cateterismo sencillo, que todos los médicos debían saber, por ser superior á la traqueotomía.

El Secretario de actas,

Ruperto Sánchez

PERIÓDICOS

Empleo del sublimado en oftalmología. Inyecciones subconjuntivales.—El doctor D. Sebastián Domenge y Rosselló, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, varios casos prácticos:

Muchos son los Profesores, dice, que las emplean: Lecondi, Abadie y Reymond las emplearon en las úlceras de la córnea y en la irido-ciclitis simpática; Galezowski hizo más, las empleó en seguida, pero sin resultado, en el interior del cuerpo vítreo de enfermos luéticos. Darier, de la Clínica de Abadie, ha sido el vulgarizador de este método de tratamiento, al cual por este motivo le ha dado su nombre. Efectivamente, fué Darier quien visitó personalmente las Clínicas alemanas para dar á conocer su método, logrando de esta manera el que fuese fácilmente aceptado por muchos.

El método empleado es el siguiente: Sin desinfectar previamente la conjuntiva, y sólo cocainizada con la solución al 2 por 100 de uso corriente, se toma con la pinza un pliegue de ella, á distancia de 8 á 10 milímetros del borde corneal, y se introduce allí la punta de la aguja de una jeringa de Pravaz que contiene una solución de sublimado á 1 por 1000, inyectando dos gotas en su espesor. Se aplica después un vendaje, que se cambia al día siguiente, para retirarlo el subsiguiente. Este vendaje evita en gran parte el dolor que produce la inyección y el edema conjuntival que viene en seguida.

El punto en el cual se ha practicado la inyección, aparece blanquizco y edematoso el día siguiente, efecto irritante y corrosivo del sublimado. En esta parte se produce una fuerte adhesión posterior de la conjuntiva al bulbo ocular. En pocos días (de cuatro á seis) las partes vuelven á su estado normal, y la irritación, un tanto violenta á veces en el primer momento, ha pasado por completo al cabo de este tiempo. La nueva inyección debe apli-

carse según cual sea el resultado de la primera, repitiéndose éstas en armonía con el curso de la afección.

Dió á conocer los casos clínicos siguientes, objeto de su observación :

N. N., natural de Campanet, de veintitrés años de edad, no tiene antecedentes hereditarios ; es trabajador del campo. El 5 de mayo le observó el Dr. Rosselló, una queratitis parenquimatosa del ojo izquierdo, de causa desconocida. La visión era casi nula ; la inflamación no era muy intensa, la infiltración de la córnea dejaba libre sólo el borde superior, no había vascularización. Hacía dos meses que la enfermedad había comenzado.

El día siguiente practicó la primera inyección de sublimado, la cual se repitió los días 12, 20 y 25 del mismo mes. El 30 la visión había aumentado considerablemente. Este día se comprobó que la córnea, á la luz lateral estaba completamente transparente, dándose por terminado el tratamiento. Ocho días más tarde la agudeza visual era normal.

N. N., de veintinueve años de edad, natural de Soller. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales : sífilis secundaria. Hacía cuatro meses que había enfermado de iritis plástica doble, curada con atropina y un tratamiento general específico.

Se vió atacado otra vez de una queratitis ulcerosa que le impedía por completo la visión. Como el tratamiento general no produjese efecto alguno sobre la enfermedad, resolvió el Dr. Rosselló, emplear las inyecciones subconjuntivales de sublimado y al efecto se practicó la primera. A los ocho días se notó disminución de la flegmasía, empezando la córnea á presentarse más transparente. Se practicó la segunda y á los seis días la tercera, notándose á los pocos días que la córnea había sufrido una transparencia muy marcada, quedando sólo un fino punteado, que hace patente la afección á una iritis serosa.

María Galmés, de cuarenta y cuatro años, natural de San Lorenzo, presentaba el día 13 de julio de 1898, un absceso de la córnea, con hipopión en el ojo derecho, á consecuencia con un roce de una espiga de avena. La supuración dentro de la cámara anterior cubría casi toda la pupila y se extendía más al lado externo. En este estado grave, sin resultado con el anterior tratamiento, le fueron hechas tres inyecciones subconjuntivales, en los días 13, 18 y 22 de dicho mes, y el día 30 del mismo se retiró el vendaje, y se le dió el alta.

Los casos observados le han convencido de la importancia de las inyecciones subconjuntivales, pues enfermedades rebeldes á todo tratamiento las ha visto ceder á la acción del sublimado bajo la forma de inyecciones. Sin embargo, los resultados no son tan halagüeños como indica Darier en sus trabajos. Este distinguido Profesor, tan entusiasta de su procedimiento, presenta las siguientes indicaciones para el empleo de este método :

1.ª En las inyecciones operatorias ó traumáticas, úlceras infecciosas y abscesos de la córnea con hipopión ;

2.ª Queratitis parenquimatosas, tórpidas, coroiditis exudativa, ciertas iritis plásticas sin éxtasis venoso ;

Y 3.ª Todas las afecciones sifilíticas de los ojos.

Posteriormente agrega que ha tenido resultados muy satisfactorios en

inflamaciones del nervio óptico. A estas indicaciones se pueden añadir las observaciones de Deutschmann y Gepner, por los buenos resultados que dicen haber obtenido en las afecciones esclerales y esclero-corneales.

El Dr. Domenge deduce de este estudio las conclusiones siguientes:

1.ª Las inyecciones subconjuntivales de sublimado, empleadas con prudencia y en casos en que obedecen claramente á las indicaciones apuntadas, producen ordinariamente resultados terapéuticos muy satisfactorios.

2.ª No es cierto que estas inyecciones determinen por sí solas la curación de las afecciones sifilíticas de los ojos; pero sí son un auxiliar poderoso del tratamiento general, y tienen un efecto tanto más favorable, cuanto mayor sea la energía y el tiempo que haya durado dicho tratamiento antes del empleo de las inyecciones. Si no se hace el tratamiento general apropiado, ó se ha hecho ya durante algún tiempo, las inyecciones de sublimado no son capaces de impedir el desarrollo de las manifestaciones sifilíticas en los ojos.

3.ª Este tratamiento no debe emplearse en los ojos afectados de esclero-coroiditis exudativa crónica con desprendimiento de la retina, sino con gran cuidado y prudencia.

El modo de acción del sublimado empleado de esta manera, no está del todo bien definido todavía: unos lo consideran como antiséptico, otros que da mayor impulso á la circulación sanguínea y linfática, es decir, al movimiento nutritivo del ojo. Gepner cree que el sublimado obra como antiséptico en los casos de infección, pero en los otros parece que su acción es debida á su poder antiplástico y disolvente. Deutschmann, además de la acción antiséptica, elogia la acción reabsorbente, como lo demuestra la curación de las opacidades del vítreo en los casos de desprendimiento de la retina, citando algunos casos con resultado favorable.

Dos casos de neumonía fibrinosa aguda yugulados por la sangría.—El doctor J. Lorenzo, publica en *El Siglo Médico* dos casos de neumonía fibrinosa aguda, yugulados por la sangría y los cuales transcribimos á continuación:

No cree que los casos que á continuación expone destierren las dudas en los rehacios á la sangría; pero como curiosos los presenta y ellos vienen á corroborar las afirmaciones de distinguidos médicos. Confesando de paso, que en ninguno de los bastantes neumónicos que ha tratado ha obtenido resultados tan precisos é inesperados como los que le ha dado la sangría en los siguientes:

N. R., de veinticuatro años, casado, constitución sana, robusto y sin antecedentes patológicos ni hereditarios. De los datos que suministra el enfermo, resulta que estando labrando, sintió de pronto gran escalofrío, cefalalgia, malestar general y después intenso calor y dolor punzante en el costado derecho. Lo encuentra en el reconocimiento colocado en decúbito supino, con facies encendida y sudorosa, gran disnea y tos seca y pertinaz, pulso frecuente, duro y amplio, temperatura de 40°,8, lengua saburrosa y sed intensa; el dolor estaba situado en la región costal derecha, á cuatro traveses de dedo de la axila; se apreció perfectamente por la percusión, timpanización en la región dolorosa, y la auscultación le dió un poco de aumento en el murmullo vesicular. Le dispuso una sangría de 300 gramos, *loco dolenti*,

una cataplasma sinapizada y una infusión de 2 gramos de hojas de digital en 200 de agua para tomar una cucharada cada dos horas. A las diez horas el dolor no había cedido por completo, la fiebre había remitido un grado y la disnea era menos intensa; con una nueva cataplasma que se le aplicó había casi desaparecido el dolor á las veinticuatro horas; la fiebre se hallaba en 39° y el estado general había mejorado; á las cuarenta y ocho horas sobrevino la apirexia completa y con ella cedieron todos los síntomas de la neumonía, entrando el enfermo en franca convalecencia. La enfermedad duró dos días y medio.

J. M., de veintisiete años, casado, peón de albañil, constitución regular, sin antecedentes patológicos ni hereditarios, si se exceptúa los propios de la infancia. Se retira del trabajo por haberle acometido intenso escalofrío, malestar general y fuerte dolor de cabeza, lo que le obligó á guardar cama, apareciendo en el reconocimiento con disnea, fiebre de 40°,5, pulsaciones frecuentes y duras, dolor punzante con localización en el hueco axilar é irradiaciones al hombro, tos pertinaz y quintosa, observándose en los esputos que arroja muy atadas hebras de sangre, lengua saburrosa y sed. La percusión y auscultación nos dan ligera timpanización y aumento en el murmullo vesicular. Le dispuso una sangría de unos 300 gramos, infusión de polígala como bebida usual, y 5 decígramos de salicitato de sosa cada dos horas; y para el dolor embrocaciones con la tintura de iodo concentrada. A las diez horas había disminuído la tos, la disnea y algo la fiebre; á las veinticuatro horas seguía la mejoría, teniendo 39° de temperatura; á las cincuenta horas de practicarle la sangría, el enfermo se hallaba apirético, habían cedido todos los síntomas, entrando en convalecencia.

No es creíble que los pocos medios terapéuticos empleados en estos enfermos produjeran el aborto de la enfermedad; que ésta abortó es indudable, puesto que cesaron todos los síntomas que constituyen aquélla, antes del plazo que tiene esta lesión para desaparecer en un curso normal.

¿Es la sangría la que ha obrado este milagro? No se atreve á afirmarlo ni quiere hacer tampoco reflexiones ni conjeturas sobre ello. Lo consigna como hecho clínico y por si pudiera servir de enseñanza. ¡Quién sabe si con la repetición de hechos parecidos pudiera asentarse como base en el tratamiento de la neumonía la práctica de sangrar en enfermos jóvenes y de buena constitución, como son los de estas observaciones! — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 14 *y* 21 *de Agosto de* 1900.

Una Clínica antiséptica de medicina. — El Dr. Grancher indicó los resultados obtenidos durante diez años en su Clínica, donde ha empleado el método antiséptico. Este método se resume como sigue: Suprimiendo el polvo, el contagio sólo puede ser debido á las personas que se aproximan á los enfermos. Si éstas se hallan en un estado antiséptico (lavatorios antisépticos, uso de una blusa que quede en la habitación del enfermo), se suprime casi con seguridad el contagio.

Basta colocar al enfermo en un compartimento, que puede no tener más que dos paredes de cristal de dos metros y medio de altura, á condición de que toda persona, al entrar en el compartimento y aproximarse al enfermo, vista la blusa indicada, que se quitará al salir, lavándose las manos y la cara.

Gracias á estos procedimientos tan sencillos, completados por los lavatorios en sustitución del barrido, el contagio del sarampión ha descendido de 36 á 11 por 100, y el de la difteria de 24 á 0'3 por 100. El de la tos ferina y las paperas se ha hecho nulo.

Herpes en general é influencia del herpes grippal en la pneumonía y otras enfermedades. — El Dr. E. Vidal: Existe una relación íntima entre el herpes y el modo de penetración de los diferentes bacilos en el organismo. Las localizaciones de los bacilos causan las enfermedades de los órganos, que pueden así ser invadidos por las evoluciones secundarias de los microzoarios más diversos, mientras que su permanencia prolongada en la circulación ocasiona un estado general infeccioso.

Dos observaciones de heredo-sífilis. — El Dr. Fournier refirió, en nombre del Dr. Lemonnier, las dos observaciones siguientes: Una niña heredo-sifilítica padeció diabetes, que curó con el tratamiento específico. Dos hermanos, de veinticuatro y veintisiete años, presentaron accidentes específicos, uno en la nariz, otro en una pierna. Curaron con el tratamiento antisifilítico. En estos enfermos no hubo contagio específico. El padre presentaba estigmas de sífilis; la sífilis era hereditaria en este individuo.

Crítica de la teoría fisiológica de las emociones. — El Dr. Franck: Esta teoría atribuye á la circulación general una acción preponderante en el mecanismo de las emociones. Creo, fundándome en mis observaciones sobre la circulación del cerebro y el simpático cerebral, que se trata más bien de una congestión cortical localizada independiente. Jonnesco y Floresco han observado, en un caso de craniectomía, que la excitación del gran simpáti-

co cervical produce vaso-dilatación cortical marcada. Las emociones producen el mismo efecto que la excitación nerviosa.

Produciendo una excitación cortical localizada, puede determinarse en algunos animales, gatos ó perros, expresiones afectivas bien caracterizadas correspondientes á las modificaciones circulatorias localizadas en la superficie del cerebro.

Hemorragias neuropáticas de los órganos genito-urinarios. — El Dr. Lancereaux: En el Congreso de Urología celebrado en París en 1899, los doctores Malherbe y Legueu, dijeron que «todas las hematurias son sintomáticas y dependen de una causa general tóxica ó infecciosa ó de una afección local. No hay hematurias esenciales». No participo de esta opinión y me fundo para creerlo en la observación de hematurias independientes de todo desorden anatómico del aparato urinario y subordinadas, por completo, á un trastorno del sistema nervioso regulador de este aparato. En estos casos la causa original fué un acceso de cólera, un enfriamiento; otras veces hubo supresión de las reglas y del flujo hemorroidal.

La marcha de las hematurias neuropáticas es intermitente por esencia, á veces periódica; su duración varía de unos cuantos días á varias semanas ó meses. Su terminación rara vez es fatal, pero pueden tardar mucho en curar si no se tratan bien.

Para el tratamiento es preciso conocer la patogenia; son útiles los opiáceos, los astringentes y sobre todo el sulfato de quinina á la dosis de 8 á 15 decígramos.

Predisposición de la raza árabe á la pneumonía. — Los Dres. Festevies y Remlinger, médicos militares, han observado que los árabes gozan de inmunidad relativa para la fiebre tifoidea, pero en cambio están predispuestos de un modo especial á la pneumonía. Esta se caracteriza por su independencia de los factores metereológicos, sin tendencia á hacerse crónica y sin gravedad. Es de creer que sea debida á una predisposición nativa.

F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 *al* 9 *de Agosto de* 1900.

(Continuación)

Sección de Patología interna.

Fiebre intermitente hepática. — El Dr. F. Pick (de Praga): Este nombre, aunque se diga lo contrario, designa un síndrome bien caracterizado, y merece conservarse. En 1873, Charcot la separa de la fiebre que acompaña al cólico hepático; Chauffard la ha dado el nombre de bilio-séptica.

He estudiado, desde el punto de vista hematológico, esta fiebre, y he encontrado leucocitosis abundantísima, que no era debida á la supuración, porque en las autopsias hallé en los conductos biliares moco, pero no pus.

El examen de la sangre permite distinguir la fiebre intermitente hepática

de la debida á las supuraciones del hígado. En éstas, la cifra de los leucocitos se mantiene elevada en el intervalo de los accesos febriles, mientras que en aquélla se hace casi normal en dichos intervalos.

He estudiado la orina en estos casos. He visto, igual que Charcot, que en el momento de los escalofríos la curva de urea desciende bastante, de igual manera que el amoníaco y la cantidad de orina. En la fiebre intermitente la urea aumenta, á la vez que la orina disminuye.

En la fiebre intermitente hepática, el hígado es capaz de transformar las sales amoniacales en urea.

Tratamiento de las pneumonías y bronco-pneumonías grippales. — El Dr. Villard (de Marsella): En un primer período se observa la simple congestión pulmonar grippal, que prepara el terreno á la infección secundaria por el pneumococo, el estreptococo y el pneumobacilo. En las formas benignas de este proceso congestivo y bronquial, asocio la ipecacuana á dosis emética á los purgantes salinos. La administro también á dosis expectorante en poción. De este modo consigo la antisepsia intestinal y bronquial y la anemia del pulmón.

En las formas más graves de focos congestivos extensos, de bronquitis intensísima en la fluxión del pecho, verdadera policongestión grippal, se obtiene una acción terapéutica más enérgica asociando el vejigatorio á la medicación precedente. Si el estado de los riñones contraindica la revulsión cantaridiana, se recurrirá á las ventosas escarificadas y hasta á la aplicación de sanguijuelas en los niños y en las personas pusilánimes.

En el período de pneumonía y de bronco-pneumonía confirmadas, la toxemia domina el cuadro clínico y constituye el peligro inmediato. Se manifiesta por tres síntomas principales, que son la astenia, el color plomizo y la asfixia capilar. Existen siempre en el período de estadio, pueden aparecer en el estado congestivo inicial y permiten, con el carácter cada vez más viscoso de los esputos, predecir la infección pulmonar ulterior. En cuanto aparecen, aun sin fenómenos característicos de auscultación, es preciso emplear *exclusivamente* la triada terapéutica siguiente: 1.°, la sangría; 2.°, la inyección subcutánea de suero artificial esterilizado de Hayem; 3.°, las envolturas frías.

La sangría rara vez está contraindicada, aun en las personas de edad. Se sustraen por lo común 200 á 300 gramos de sangre. Si es necesario, se repite la emisión sanguínea dos y tres veces en los sujetos robustos y profundamente intoxicados. La sangría es una verdadera emisión tóxica; tonifica la fibra cardíaca por acción mecánica y eliminación tóxica; disminuye la astenia, provoca la diuresis.

Inmediatamente después de la sangría, inyeccción de igual cantidad de suero. Durante el día se renuevan dos ó tres veces las inyecciones de 100 á 150 gramos. Estas inyecciones lavan la sangre y el medio intersticial, estimulan de un modo enérgico y continuo y favorecen la diuresis.

Según la gravedad de los casos, se emplean las envolturas frías torácicas ó se envuelve todo el cuerpo en la sábana mojada en agua fría. Descenso térmico, efectos eupnéicos, poliuria; tales son los resultados felices casi inmediatos.

En el período agudo, esta triada terapéutica debe aplicarse íntegramente.

En el de resolución, sobre todo si es lenta, en las convalecencias largas, sólo se recurrirá á las inyecciones de suero. Estas favorecen la absorción de los exudados, activan la fagocitosis, evitan las complicaciones tardías : abseceso del pulmón, gangrena, dilatación bronquial, polineuritis y apendicitis.

En la fase de pneumonía y bronco-pneumonía confirmadas, además de los agentes terapéuticos de la triada, los medicamentos son más nocivos que útiles, á causa de las meiopragias anteriores (alcoholismo, cardiopatías, paludismo).

Con este método, de 140 enfermos he perdido sólo 15.

La aspergilosis, enfermedad primitiva. — El Dr. L. Rénon : La aspergilosis es una enfermedad espontánea, común al hombre y á los animales.

De los animales, ataca á los mamíferos y á las aves ; se desarrolla en los huevos en incubación y puede contaminar á los embriones contenidos en éstos.

En el hombre, se desarrolla en la córnea, en la piel, pero evoluciona de preferencia en el aparato respiratorio y produce micosis pulmonares, que se asemejan á la tuberculosis y á la gangrena del pulmón, sin olor fétido. Puede curar por la expulsión al exterior del foco aspergiloso necrosado. Puede coexistir con la tuberculosis verdadera. Produce en ocasiones la muerte por la formación de cavernas pulmonares. Puede invadir sólo los bronquios y ocasionar bronquitis membranosas especiales y de larga duración.

En la etiología y patogenia de esta micosis, la contaminación por los granos desempeña un papel importantísimo.

Las lesiones provocadas experimentalmente en los animales, son casi siempre pseudo-tuberculosas, otras veces necrósicas y ulcerosas, según la vía de inoculación.

La aspergilosis primitiva es una enfermedad relativamente frecuente.

Bacteriología del reumatismo articular agudo. — El Dr. Triboulet : La sangre del reumático se hace, al parecer, por influencias que desconocemos, infectable en alto grado ; ciertos gérmenes pasan entonces á la corriente sanguínea, como verdaderos agentes de infección secundaria. En la sangre de un enfermo de reumatismo grave, hemos encontrado tres formas microbianas.

La infección secundaria, que falta en unos casos, que se añade en otros, es causa de las diferencias clínicas (complicaciones ligeras, graves, mortales) tan sorprendentes en la evolución de reumatismos francos agudos, de principio casi idéntico.

Creemos que ciertas infecciones (estafilococo y estreptococo, no definidos aún) son, al parecer, de poca importancia.

La presencia en la sangre del diplococo que hemos descrito, confiere al parecer al reumatismo un carácter de persistencia en estado subagudo favorabilísimo para las complicaciones endocárdicas por este microbio.

El bacilo de Achalme se encuentra por excepción en el vivo, y es por el contrario, frecuente en la autopsia de las formas prolongadas ó fulminantes, de complicaciones múltiples, en las que es común la poli-infección.

Modificaciones estructurales de los leucocitos poli-nucleares en las infecciones. —El Dr. Marini (de Nápoles) : Al estudiar la sangre de enfermos de pneumonía franca, he observado tipos especiales de glóbulos blancos de los que

el más característico es el de los leucocitos de núcleo polimorfo; en vez del aspecto habitual, presentan en la parte del citoplasma, próxima al núcleo, una acumulación de granulaciones neutrófilas, y una gran afinidad por las materias colorantes. La parte periférica del protoplasma queda, por el contrario, clara y poco coloreada (por el método de Ehrlich). Estas modificaciones desaparecen á medida que la infección se atenúa. Las he reproducido experimentalmente en el perro infectado con un microbio virulento procedente de las escamas de un niño sarampionoso.

Tratamiento de la peritonitis tuberculosa por la punción seguida de lavatorio con agua esterilizada caliente. — El Dr. Baylac (de Tolosa): La benignidad ordinaria de la peritonitis tuberculosa ascítica, su curación frecuente después de la laparotomía y los éxitos numerosos que obtiene todos los días la cirugía con el agua caliente, me han decidido á tratar esta enfermedad por la punción seguida de lavatorios con agua á 45°.

Lavar el peritoneo sin abrirle es procurar al enfermo casi todas las ventajas de la laparotomía sin exponerle á los peligros de esta operación. La inyección intra-peritoneal de líquidos antisépticos no es siempre inofensiva.

Con el agua esterilizada caliente no es de temer peligro alguno de infección. Obra al parecer con tanta eficacia como los líquidos antisépticos empleados, limpia la mucosa y la deja en condiciones más favorables de curar.

He tratado así 8 casos, obteniendo 5 curaciones y 3 mejorías. Estos últimos enfermos habían sido tratados ya por otros medios (punción, laparotomía).

Considero el agua esterilizada y caliente (43° á 45°) como un buen agente modificador del peritoneo en la peritonitis tuberculosa. Creo que estos lavatorios obran:

1.° Limpiando el peritoneo del líquido ascítico «verdadero caldo de cultivo donde pululan los micro-organismos».

2.° Aumentando el número de los leucocitos.

3.° Aumentando su actividad y disminuyendo la virulencia del bacilo de Koch.

Sección de Cirugía general.

Cirugía del páncreas. — El Dr. A. Cecherelli (de Parma): El estudio de todos los problemas referentes á la cirugía del páncreas, permite sacar las conclusiones siguientes:

1.ª La operación quirúrgica sobre el páncreas está en relación directa con todas las cuestiones referentes á la cirugía de este órgano.

2.ª Enflaquecimiento, presencia de grasa en las deposiciones, azúcar en la orina, color broncesado de la piel, ictericia y dolores; tales son los síntomas que se observan en la mayor parte de las afecciones pancreáticas.

3.ª Es difícil la extirpación completa á causa de las condiciones anatómicas del páncreas, situado profundamente en relación íntima con otras vísceras, abundantísimo en vasos y en nervios y encargado de segregar un líquido importante para la digestión.

4.ª La cirugía del páncreas no ha adelantado lo que era de suponer, en vista de los progresos realizados por la cirugía visceral, porque muchas

veces el diagnóstico es difícil, y por este motivo es raro que se ataque el proceso morboso en su principio; sea lo que quiera, todo prueba que la cirugía está autorizada para intervenir en la extremidad del páncreas mejor que en su cabeza.

5.ª Se ha probado experimentalmente que la extirpación del páncreas es posible y compatible con la vida del animal; no se ha demostrado que acontezca lo mismo en la clínica, principalmente porque los procesos morbosos que la reclaman, no suelen estar limitados á este órgano. En efecto, se trata de tumores malignos que se infiltran al poco tiempo en los tejidos inmediatos ó de adenomas difíciles de diagnosticar. La extirpación no es racional en los procesos tuberculosos ó sifilíticos. La extirpación parcial debe practicarse de modo que quede uno de los dos conductos á condición de que el de Santorini no termine en fondo perdido.

6.ª Los tumores más frecuentes en el páncreas son los quistes de contenido *hemático*, consecutivos á los traumatismos ó á la apoplegía, y los quistes *por retención* ó *hidatídicos*. En estos la intervención es útil, y está justificada, pero no es necesario extirpar el órgano; basta la extirpación del saco quístico ó su excisión; para la extirpación del saco se plantea el problema de la abertura del conducto de Wirsung y del derrame probable del jugo pancreático en la cavidad abdominal. En la incisión del saco conviene, á ser posible, suturar sus paredes con las del abdomen; y en el caso contrario, suturarlas cuidadosamente para que la cavidad del quiste quede completamente cerrada.

7.ª En el caso de cálculos pancreáticos, es útil su extracción.

8.ª Se ha estudiado detenidamente una enfermedad: la necrosis del páncreas, que autoriza la intervención para eliminar los fragmentos necrosados del órgano.

9.ª En las *pancreatitis* supuradas ó gangrenosas, la regla es abstenerse; pero después, en el caso de absceso ó de páncreas gangrenado, es nececario intervenir por una de las tres vías siguientes: lumbar extra-peritoneal, transpleurítica ó supra-umbilical. Se evitará la supuración, pero á veces es necesario eliminar una porción de páncreas infiltrado ó necrosado.

10. Las pancreatitis crónicas pueden engendrar complicaciones por compresión del colédoco ó del píloro; en este caso la intervención es útil, no sobre el páncreas, sino sobre el hígado ó sobre el intestino para impedir los efectos de las funciones perturbadas por la compresión.

11. En la hernia del páncreas, á consecuencia de heridas, es conveniente la reducción y hasta la fijación; se preferirá la vía torácica si la hernia es diafragmática.

12. En las contusiones y en las heridas del páncreas la intervención quirúrgica puede ser necesaria, sobre todo si sobreviene la hemorragia; esta se contendrá por la sutura ó ligando los vasos que sangran. Se extraerán los coágulos de la cavidad abdominal.

13. La patología experimental autoriza la fijación del páncreas móvil.

14. En la invaginación del páncreas el cirujano puede y debe intervenir si sobrevienen complicaciones y si el proceso de eliminación no es regular.

15. Si á consecuencia de un proceso cualquiera se obstruye la abertura del conducto entre el páncreas y el duodeno, puede abrirse una nueva vía al

jugo pancreático, y si esto no es posible, formarse una fístula pancreática.

16. Las hemorragias pancreáticas pueden sobrevenir sin heridas, pero dependen de afecciones del páncreas, casi siempre de la gangrena. En estos casos debe intervenirse como si se tratara de hemorragias traumáticas.

17. En el páncreas anular el cirujano se ha abstenido hasta ahora, pero puede ser necesario cortar el anillo ó hacer una operación para remediar los inconvenientes producidos por éste sobre el estómago ó sobre el intestino.

18. Los puntos de sutura á través del parénquima pancreático, no producen àlteración alguna y son tolerados como en otros órganos.

19. En el caso de herida del conducto pancreático, puede suturarse con puntos próximos, como en la sutura intestinal, pero procurando en lo posible que el hilo no quede en la parte media del conducto, para evitar las concreciones probables.

20. Las heridas del páncreas se reunen por proliferación de las células preexistentes y en particular del tejido conjuntivo.

21. Se ha observado la regeneración del páncreas.

22. Después de la extirpación completa del páncreas, se observa un desarrollo de los ganglios de Galeati, y en particular aumento kariokinético en los epitelios, de manera que es de suponer según los experimentos de Martinotti, que estos pueden sustituir suficientemente la víscera extirpada.

23. El derrame del jugo pancreático en la cavidad abdominal, no es seguido siempre de peritonitis, por la rapidez de la absorción. Puede creerse que, como la bilis, el jugo pancreático es inofensivo si está sano; nocivo, si está alterado.

24. Al extirpar el páncreas deben hacerse las ligaduras antes de la incisión para evitar las hemorragias y el derrame de jugo pancreático. No se usará el termo-cauterio ó el galvano-cauterio por el peligro de la caída de las escaras, y porque la irradiación puede producir efectos peligrosos en los órganos vecinos.

El Dr. Mayo Robson (de Leeds): Las afecciones pancreáticas son mucho más frecuentes de lo que se cree. El cáncer, del que he observado 50 casos, se presenta generalmente después de los cuarenta años. Creo que en los enfermos más jóvenes se trata, no de cáncer, sino de pancreatitis crónica que puede semejarse al cáncer por sus síntomas y por su aspecto macroscópico. Debe ensayarse, por lo tanto, el tratamiento quirúrgico, sobre todo en los jóvenes.

La amputación del páncreas por cáncer rara vez está justificada, excepto cuando la enfermedad se localiza en el cuerpo ó en la cola del órgano, y la operación se practica al principio del padecimiento. Como muchos casos diagnosticados de cáncer han curado, lo que prueba que se trataba de pancreatitis crónica, conviene recomendar la operación no estando muy avanzada la enfermedad por si es inflamatoria y no maligna.

He operado 5 casos de quistes pancreáticos y recomiendo la incisión y el desagüe, con los que curé 3 enfermos de 4. La excisión del saco está rara vez justificada. Como no hay síntomas patognomónicos, el diagnóstico se funda en los signos físicos.

Respecto á las pancreatitis, admito la clasificación patológica de Fitz, quien las divide en supuradas, hemorrágicas y gangrenosas, pero desde el

punto de vista clínico creo deben dividirse en agudas, subagudas y crónicas.

La infección bactérica es la causa esencial é inmediata de la pancreatitis, pero existen muchas causas extrínsecas, catarro gastro-duodenal, heridas, litiasis pancreática y biliar. La infección se produce siempre por los conductos.

La forma aguda puede compararse á la apendicitis gangrenosa, y el tratamiento quirúrgico es igualmente necesario en ambos casos en cuanto se hace el diagnóstico.

Si hay gran distensión del epigastrio, es más fácil y seguro hacer una incisión exploradora en el ángulo costo-vertebral izquierdo.

La pancreatitis intersticial crónica es importantísima porque puede confundirse con el cáncer de la cabeza del páncreas. Es una enfermedad mal estudiada. Conviene conocerla bien, porque no sólo se alivia, sino que cura con el tratamiento quirúrgico. He operado 15 casos obteniendo 14 curaciones. En el otro la enfermedad estaba muy avanzada; había cirrosis de la cabeza del páncreas.

He observado 3 casos de pancreatitis hemorrágica que fué siempre traumática. Los cálculos pancreáticos son rarísimos. Para extraerlos recomiendo explorar el conducto por una abertura practicada en la segunda parte del duodeno.

El Dr. J. Beckel (de Estrasburgo): Las operaciones sobre el páncreas están indicadas en los traumatismos, las inflamaciones y sus consecuencias (pancreatitis supuradas, gangrenosas, hemorrágicas, necrosis pancreática con degeneración grasosa), los tumores sólidos y líquidos (quistes).

En los traumatismos recientes, la intervención es de las más limitadas, porque las heridas del páncreas son también de un corto plazo. El único tratamiento racional consiste en taponar la herida después de dejarla aséptica. El descubrimiento y la ligadura de los vasos interesados es imposible en la práctica la mayor parte de las veces, á causa del estado precario del herido.

En las inflamaciones y en los tumores el acto quirúrgico recae unas veces en la glándula, otras en un punto más ó menos próximo. Acontece esto último cuando una colección sanguínea purulenta ó de otro género, desarrollada primitivamente en el páncreas, se derrama y se enquista entre este órgano y las hojas peritoneales, ó cuando un tumor sólido se extiende por entre estos pliegues.

La operación en estas condiciones es sencillísima: el tumor forma más ó menos elevación y las hojas serosas que le cubren están adheridas íntimamente con él. Basta incindir sobre el punto más elevado del tumor para ponerlo al descubierto y proceder según las circunstancias. En el primer caso (afección confinada á la glándula), la intervención es más delicada, más laboriosa, más limitada. Delicada, porque el páncreas está situado profundamente, rodeado de vasos importantes y numerosos, cuya herida ó ligadura puede ocasionar accidentes mortales. Limitada, porque sólo es posible extirpar pequeños trozos del páncreas, pues su extirpación completa origina con la mayor facilidad una diabetes mortal al poco tiempo.

Estas operaciones intra-pancreáticas están indicadas en los tumores y en las pancreatitis localizadas. Después de diagnosticada la afección se trata

ante todo de poner el órgano al descubierto. Según los casos, podemos seguir tres vías diferentes: 1.ª, la supra-gástrica, cuando el tumor sobresale por debajo de la corvadura menor del estómago; 2.ª, la gastro-cólica (procedimiento electivo); 3.ª, la transmesocólica, cuando el tumor se extiende entre las hojas del meso-colon.

En casos excepcionales puede recurrirse á la incisión por el flanco (tumores de la cola del páncreas) y operar por fuera del peritoneo. Desprendido el páncreas se busca el foco ó el tumor y se practica la enucleación ó el raspado. Las operaciones intraglandulares son más graves que las estraglandulares.

Mis estadísticas demuestran que las afecciones pancreáticas consideradas hasta hace poco tiempo como incurables, pueden tratarse hoy con éxito por la intervención quirúrgica oportuna. En 20 casos de pancreatitis supurada y gangrenosa, hubo 11 curaciones y 9 muertos; de 23 enfermos de pancreatitis hemorrágica, curaron 5 y murieron 18.

Los tumores sólidos dan 8 curaciones y 3 muertes en 11 casos.

Los 144 casos de quistes se descomponen así:

Operación en un tiempo: 99 casos, 92 curaciones y 7 muertes, 2 operatorias.

Operación en dos tiempos: 16 casos, 16 curaciones.

Extirpación total ó parcial: 25 casos, 21 curaciones, 4 muertes.

Cuatro casos sin detalles: 3 curaciones y 1 muerte.

La extirpación es más grave, más laboriosa, incompleta muchas veces y sólo se recomendará como método electivo, cuando el quiste sea móvil y fácil de formar el pedículo.

Además de las operaciones radicales, pueden practicarse otras *paliativas* cuando los fenómenos de compresión del colédoco ó del duodeno ponen la vida en peligro (tumores é inflamaciones crónicas de la cabeza del páncreas). Pero sus peligros operatorios son grandes y las ventajas pequeñas.

Estas mismas operaciones pueden practicarse con éxito en la pancreatitis crónica de la cabeza, que se confunden muchas veces con el cáncer. De paliativas se hacen curativas cuando se obtiene la regresión del proceso inflamatorio, lo que se consigue si la lesión no es muy antigua.

La radiografía en el estudio de las fracturas y de las luxaciones.—El Dr. G. Mannoury (de Chartres): La radiografía en las fracturas sirve para el diagnóstico y para el tratamiento. Incluye el número de fragmentos, su forma, su posición, su acabalgamiento, etc. Para conocer bien la disposición de una fractura es preciso radiografiarla en dos ángulos diferentes.

La radiografía es útil en todas las fracturas, pero principalmente en las de la extremidad superior del húmero, en las de la extremidad inferior del radio que van acompañadas de lesiones del carpo, en las de la pierna (sobre todo en las que interesan la articulación tibio-tarsiana), en las del astrágalo y en las de los metatarsianos.

La radiografía permite estudiar la formación del callo, cuya duración es muy variable.

Es tan útil para el tratamiento como para el diagnóstico de las fracturas. Gracias á ella, se reducen mejor los fragmentos y se vigila su posición rectificándola si es preciso mientras consolidan. Permite conocer en qué casos

debe practicarse la sutura ósea; es de gran utilidad en las fracturas que comunican con una articulación; permite, por último, guiar la intervención en el tratamiento de los callos viciosos.

Simplifica bastante la intervención cruenta en las fracturas complicadas; en las producidas por arma de fuego, es un auxiliar precioso, porque revela la presencia de los cuerpos extraños.

En las luxaciones, su importancia es menor, aunque ha permitido diagnosticar muchas desconocidas.

El Dr. E. Bergmann (de Berlín): La doctrina de las fracturas ha hecho en los diez años últimos dos grandes progresos: el tratamiento operatorio de las fracturas simples por aproximación exacta de los fragmentos, y el diagnóstico del foco de la fractura y la anatomía patológica de las lesiones óseas por la radioscopia y la radiografía.

Hay causas locales evidentes, que dificultan la consolidación de las superficies fracturadas; se sabe, por ejemplo, que la interposición de fibras musculares impide la formación del callo en el muslo roto. No es posible precisar con seguridad esto por los rayos Rœntgen, sino sólo suponerlo.

Pero existen otras causas locales de falta de consolidación que permite descubrir la radiografía, principalmente en las fracturas de los huesos pequeños como la rótula.

Malgaigne había observado con cuánta frecuencia no consolidaban estas fracturas y recomendó aplicar un aparato á través de la piel. Pero este aparato de pinzas es más peligroso que la incisión y la sutura de los fragmentos con alambre de plata.

La exploración de las fracturas recientes de la rótula por los rayos Rœntgen, permite descubrir tres obstáculos para la curación:

1.° La desigualdad de los dos fragmentos. Como el superior es más grueso que el inferior, sólo se adapta por medio de una sutura.

2.° La rotura múltiple de los fragmentos. Además de los fragmentos principales, existen otros accesorios ó exquirlas pequeñas, que se deslizan en la línea de fracturas é impiden su coaptación.

3.° Uno de los fragmentos se disloca por un movimiento de rotación, de modo que la superficie fracturada del otro se pone en contacto con él por su superficie exterior.

Los rayos Rœntgen permiten descubrir estas dislocaciones y corregirlas reuniendo después los fragmentos con hilos metálicos. He practicado con éxito 25 operaciones de este género.

La operación es el método general de tratamiento de las fracturas de la rótula. En las de la extremidad inferior del radio, varía según la forma de la fractura y la dislocación de los fragmentos.

Las fracturas de los metatarsianos y de los huesos del tarso, eran casi desconocidas antes de la radioscopia. Sus síntomas se consideraban como infarto inflamatorio del pié ó como una contusión, y el amasamiento sólo servía para dislocar los fragmentos. Reconocida la fractura, es preciso inmovilizarla por completo.

Tratamiento de las heridas infectadas.—El Dr. O. Bloch (de Copenhague): El método de tratamiento de Lister, se fundaba en el tratamiento de las heridas infectadas de las fracturas complicadas. Aunque los cirujanos estu-

vieron conformes en la superioridad de este método, no tardó en buscarse remedios nuevos más eficaces que el ácido fénico; el método antiséptico se convirtió en aséptico. Todas estas experiencias de tratamientos diferentes de las heridas, se fundan en multitud de trabajos referentes á los microbios y sus toxinas, las propiedades bactericidas de los diversos remedios, etc.

El resultado de todos estos trabajos, ha sido el siguiente: desde el punto de vista práctico, toda herida, sin excepción alguna, debe considerarse como infectada; la infección y sus complicaciones son debidas á la retención de las secreciones que contienen microbios. Dedúcese de esto que para tratar las heridas de un modo eficaz, deben cumplirse dos requisitos: destruir los microbios (ó sus productos nocivos) y evitar la retención de las secreciones de las heridas; en otras palabras, recurrir á la antisepsia y al desagüe. Para evitar la nueva infección de una herida, tratada así, es preciso curarla racionalmente.

Las opiniones y los resultados obtenidos varían. Es preciso tener en cuenta la clínica. Creo, fundándome en mi experiencia, que toda herida debe tratarse antisépticamente; que el ácido fénico és el mejor medicamento antiséptico; que es preciso desaguar las heridas y que para curarlas de un modo racional, es necesario aplicar una cura estéril y hacerla antiséptica al menos en parte, en el momento de la aplicación; la cura debe ser además hidrófila (absorbente), servir para secar la herida é impedir que sus secreciones se pongan en relación directa con el aire ambiente que contiene microbios; finalmente, la cura debe ser de tal naturaleza que filtre el aire que comunique con la herida. Lleno todos estos requisitos con la cura estéril de gasa, el ácido fénico y el algodón.

No tengo una gran confianza en los antisépticos internos y en los febrífugos.

El Dr. F. Lejars (de París): El problema es complejo y para estudiarle con utilidad, conviene dividir las heridas infectadas en varias categorías:

1.ª *Heridas infectadas recientes cuya infección no se manifiesta por reacciones locales ó generales.* — Toda herida accidental, debe tratarse como infectada. Se ha demostrado que la absorción virulenta, por la superficie traumatizada, es casi inmediata: esta absórción varía con los diferentes microbios y aumenta con el tiempo de impregnación. Sácase de aquí una primera conclusión: la limpieza de la herida debe ser lo más precoz posible, pero es siempre útil.

La experiencia ha demostrado: 1.° que somos impotentes para destruir todos los gérmenes en el foco traumático; 2.° que la defensa natural de los tejidos vivos tiene una parte importante en la lucha contra los microbios.

Es necesario limpiar perfectamente la herida haciendo los desbridamientos y las excisiones necesarias, respetando la integridad de las células vivientes que debemos ayudar en sus reacciones de defensa, nada más.

El agua estéril, el suero artificial, las compresas esterilizadas hervidas, llenan estos requisitos; los resultados prácticos se deben no á la naturaleza del líquido empleado, sino á su modo de empleo Las disoluciones antisépticas, nocivas cuando están concentradas, son útiles diluídas lo necesario para no alterar las células; su utilidad es debida á la limpieza mecánica.

La cura debe reunir condiciones físicas idénticas: será aséptica, absor-

bente, protectora é inmovilizada, según las diversas regiones y durante un período variable.

2.ª *Heridas infectadas cuya infección se manifiesta por reacciones locales y generales más ó menos acentuadas.*— Es preciso distinguir dos casos: *a*) Los signos clínicos infecciosos, son de fecha reciente, la herida no supura; *b*) la herida está en plena supuración.

En ambos casos la seroterapia específica está completamente indicada: es el método científico, natural, el del porvenir. Pero por desgracia sólo poseemos el suero antitetánico y el antiestreptocócico. El primero solo produce resultados preventivos; el segundo se ha aplicado principalmente contra la fiebre puerperal y la erisipela. Contra las demás infecciones microbianas de las heridas, no poseemos suero hasta ahora eficaz y estamos desarmados ante las infecciones asociadas.

El tratamiento del foco local es necesario: debemos procurar limpiar toda la superficie de la herida y favorecer la exosmosis, el desagüe continuo, previniendo toda estancación, toda nueva infección.

La acción de la cura debe ser principalmente física. Si de este modo podemos sustraer á las células vivientes de la agresión de los agentes físicos, sin perjudicar sus reacciones de defensa, habremos resuelto los dos términos fundamentales del problema.

En la herida en plena supuración, es preciso poner al descubierto el foco supurante y hacer el desagüe total y continuo por las incisiones y desbridamientos necesarios y por las curas de propiedades físicas y absorbentes.

En ciertas formas pútridas y gangrenosas, en ciertas heridas cavitarias, el agua oxigenada, que obra al parecer de un modo eficaz sobre los anaerobios, es un recurso utilísimo.

3.ª *Heridas infectadas con infección general grave. Septicemias traumáticas.* —En este caso debe pedirse á la seroterapia específica los elementos de una terapéutica racional, de acción menos segura que en los primeros períodos de la infección. Hasta ahora sólo se han hecho ensayos.

Esperando la resolución práctica de este gran problema, no renunciaremos al tratamiento local, á la limpieza del foco por todos los procedimientos racionales. Debemos, además, favorecer por todos los medios posibles, la defensa natural y la resistencia vital del organismo, y desde este punto de vista, la seroterapia artificial es utilísima porque normaliza la presión sanguínea y activa la diuresis. — F. Toledo.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Equinococo del bazo y del hígado. — El Dr. Weinlechner: En el caso actual, no habiendo consentido el enfermo en la operación radical (extirpación del bazo), se pinchó en varios puntos en que había vesículas, y cuando se podía dar salida al líquido, se inyectaban de cada vez 20 gramos de tintura de

vieron conformes en la superioridad de este método, no tardó en buscarse remedios nuevos más eficaces que el ácido fénico; el método antiséptico se convirtió en aséptico. Todas estas experiencias de tratamientos diferentes de las heridas, se fundan en multitud de trabajos referentes á los microbios y sus toxinas, las propiedades bactericidas de los diversos remedios, etc.

El resultado de todos estos trabajos, ha sido el siguiente: desde el punto de vista práctico, toda herida, sin excepción alguna, debe considerarse como infectada; la infección y sus complicaciones son debidas á la retención de las secreciones que contienen microbios. Dedúcese de esto que para tratar las heridas de un modo eficaz, deben cumplirse dos requisitos: destruir los microbios (ó sus productos nocivos) y evitar la retención de las secreciones de las heridas; en otras palabras, recurrir á la antisepsia y al desagüe. Para evitar la nueva infección de una herida, tratada así, es preciso curarla racionalmente.

Las opiniones y los resultados obtenidos varían. Es preciso tener en cuenta la clínica. Creo, fundándome en mi experiencia, que toda herida debe tratarse antisépticamente; que el ácido fénico es el mejor medicamento antiséptico; que es preciso desaguar las heridas y que para curarlas de un modo racional, es necesario aplicar una cura estéril y hacerla antiséptica al menos en parte, en el momento de la aplicación; la cura debe ser además hidrófila (absorbente), servir para secar la herida é impedir que sus secreciones se pongan en relación directa con el aire ambiente que contiene microbios; finalmente, la cura debe ser de tal naturaleza que filtre el aire que comunique con la herida. Lleno todos estos requisitos con la cura estéril de gasa, el ácido fénico y el algodón.

No tengo una gran confianza en los antisépticos internos y en los febrífugos.

El Dr. F. Lejars (de París): El problema es complejo y para estudiarle con utilidad, conviene dividir las heridas infectadas en varias categorías:

1.ª *Heridas infectadas recientes cuya infección no se manifiesta por reacciones locales ó generales.* — Toda herida accidental, debe tratarse como infectada. Se ha demostrado que la absorción virulenta, por la superficie traumatizada, es casi inmediata: esta absorción varía con los diferentes microbios y aumenta con el tiempo de impregnación. Sácase de aquí una primera conclusión: la limpieza de la herida debe ser lo más precoz posible, pero es siempre útil.

La experiencia ha demostrado: 1.° que somos impotentes para destruir todos los gérmenes en el foco traumático; 2.° que la defensa natural de los tejidos vivos tiene una parte importante en la lucha contra los microbios.

Es necesario limpiar perfectamente la herida haciendo los desbridamientos y las excisiones necesarias, respetando la integridad de las células vivientes que debemos ayudar en sus reacciones de defensa, nada más.

El agua estéril, el suero artificial, las compresas esterilizadas hervidas, llenan estos requisitos; los resultados prácticos se deben no á la naturaleza del líquido empleado, sino á su modo de empleo Las disoluciones antisépticas, nocivas cuando están concentradas, son útiles diluídas lo necesario para no alterar las células; su utilidad es debida á la limpieza mecánica.

La cura debe reunir condiciones físicas idénticas: será aséptica, absor-

bente, protectora é inmovilizada, según las diversas regiones y durante un período variable.

2.ª *Heridas infectadas cuya infección se manifiesta por reacciones locales y generales más ó menos acentuadas.*— Es preciso distinguir dos casos: *a*) Los signos clínicos infecciosos, son de fecha reciente, la herida no supura; *b*) la herida está en plena supuración.

En ambos casos la seroterapia específica está completamente indicada: es el método científico, natural, el del porvenir. Pero por desgracia sólo poseemos el suero antitetánico y el antiestreptocócico. El primero solo produce resultados preventivos; el segundo se ha aplicado principalmente contra la fiebre puerperal y la erisipela. Contra las demás infecciones microbianas de las heridas, no poseemos suero hasta ahora eficaz y estamos desarmados ante las infecciones asociadas.

El tratamiento del foco local es necesario: debemos procurar limpiar toda la superficie de la herida y favorecer la exosmosis, el desagüe continuo, previniendo toda estancación, toda nueva infección.

La acción de la cura debe ser principalmente física. Si de este modo podemos sustraer á las células vivientes de la agresión de los agentes físicos, sin perjudicar sus reacciones de defensa, habremos resuelto los dos términos fundamentales del problema.

En la herida en plena supuración, es preciso poner al descubierto el foco supurante y hacer el desagüe total y continuo por las incisiones y desbridamientos necesarios y por las curas de propiedades físicas y absorbentes.

En ciertas formas pútridas y gangrenosas, en ciertas heridas cavitarias, el agua oxigenada, que obra al parecer de un modo eficaz sobre los anaerobios, es un recurso utilísimo.

3.ª *Heridas infectadas con infección general grave. Septicemias traumáticas.* —En este caso debe pedirse á la seroterapia específica los elementos de una terapéutica racional, de acción menos segura que en los primeros períodos de la infección. Hasta ahora sólo se han hecho ensayos.

Esperando la resolución práctica de este gran problema, no renunciaremos al tratamiento local, á la limpieza del foco por todos los procedimientos racionales. Debemos, además, favorecer por todos los medios posibles, la defensa natural y la resistencia vital del organismo, y desde este punto de vista, la seroterapia artificial es utilísima porque normaliza la presión sanguínea y activa la diuresis. — F. Toledo.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Equinococo del bazo y del hígado. — El Dr. Weinlechner: En el caso actual, no habiendo consentido el enfermo en la operación radical (extirpación del bazo), se pinchó en varios puntos en que había vesículas, y cuando se podía dar salida al líquido, se inyectaban de cada vez 20 gramos de tintura de

vieron conformes en la superioridad de este método, no tardó en buscarse remedios nuevos más eficaces que el ácido fénico; el método antiséptico se convirtió en aséptico. Todas estas experiencias de tratamientos diferentes de las heridas, se fundan en multitud de trabajos referentes á los microbios y sus toxinas, las propiedades bactericidas de los diversos remedios, etc.

El resultado de todos estos trabajos, ha sido el siguiente: desde el punto de vista práctico, toda herida, sin excepción alguna, debe considerarse como infectada; la infección y sus complicaciones son debidas á la retención de las secreciones que contienen microbios. Dedúcese de esto que para tratar las heridas de un modo eficaz, deben cumplirse dos requisitos: destruir los microbios (ó sus productos nocivos) y evitar la retención de las secreciones de las heridas; en otras palabras, recurrir á la antisepsia y al desagüe. Para evitar la nueva infección de una herida, tratada así, es preciso curarla racionalmente.

Las opiniones y los resultados obtenidos varían. Es preciso tener en cuenta la clínica. Creo, fundándome en mi experiencia, que toda herida debe tratarse antisépticamente; que el ácido fénico és el mejor medicamento antiséptico; que es preciso desaguar las heridas y que para curarlas de un modo racional, es necesario aplicar una cura estéril y hacerla antiséptica al menos en parte, en el momento de la aplicación; la cura debe ser además hidrófila (absorbente), servir para secar la herida é impedir que sus secreciones se pongan en relación directa con el aire ambiente que contiene microbios; finalmente, la cura debe ser de tal naturaleza que filtre el aire que comunique con la herida. Lleno todos estos requisitos con la cura estéril de gasa, el ácido fénico y el algodón.

No tengo una gran confianza en los antisépticos internos y en los febrífugos.

El Dr. F. Lejars (de París): El problema es complejo y para estudiarle con utilidad, conviene dividir las heridas infectadas en varias categorías:

1.ª *Heridas infectadas recientes cuya infección no se manifiesta por reacciones locales ó generales.* — Toda herida accidental, debe tratarse como infectada. Se ha demostrado que la absorción virulenta, por la superficie traumatizada, es casi inmediata: esta absorción varía con los diferentes microbios y aumenta con el tiempo de impregnación. Sácase de aquí una primera conclusión: la limpieza de la herida debe ser lo más precoz posible, pero es siempre útil.

La experiencia ha demostrado: 1.° que somos impotentes para destruir todos los gérmenes en el foco traumático; 2.° que la defensa natural de los tejidos vivos tiene una parte importante en la lucha contra los microbios.

Es necesario limpiar perfectamente la herida haciendo los desbridamientos y las excisiones necesarias, respetando la integridad de las células vivientes que debemos ayudar en sus reacciones de defensa, nada más.

El agua estéril, el suero artificial, las compresas esterilizadas hervidas, llenan estos requisitos; los resultados prácticos se deben no á la naturaleza del líquido empleado, sino á su modo de empleo Las disoluciones antisépticas, nocivas cuando están concentradas, son útiles diluídas lo necesario para no alterar las células; su utilidad es debida á la limpieza mecánica.

La cura debe reunir condiciones físicas idénticas: será aséptica, absor-

bente, protectora é inmovilizada, según las diversas regiones y durante un período variable.

2.ª *Heridas infectadas cuya infección se manifiesta por reacciones locales y generales más ó menos acentuadas.*— Es preciso distinguir dos casos: *a*) Los signos clínicos infecciosos, son de fecha reciente, la herida no supura; *b*) la herida está en plena supuración.

En ambos casos la seroterapia específica está completamente indicada: es el método científico, natural, el del porvenir. Pero por desgracia sólo poseemos el suero antitetánico y el antiestreptocócico. El primero solo produce resultados preventivos; el segundo se ha aplicado principalmente contra la fiebre puerperal y la erisipela. Contra las demás infecciones microbianas de las heridas, no poseemos suero hasta ahora eficaz y estamos desarmados ante las infecciones asociadas.

El tratamiento del foco local es necesario: debemos procurar limpiar toda la superficie de la herida y favorecer la exosmosis, el desagüe continuo, previniendo toda estancación, toda nueva infección.

La acción de la cura debe ser principalmente física. Si de este modo podemos sustraer á las células vivientes de la agresión de los agentes físicos, sin perjudicar sus reacciones de defensa, habremos resuelto los dos términos fundamentales del problema.

En la herida en plena supuración, es preciso poner al descubierto el foco supurante y hacer el desagüe total y continuo por las incisiones y desbridamientos necesarios y por las curas de propiedades físicas y absorbentes.

En ciertas formas pútridas y gangrenosas, en ciertas heridas cavitarias, el agua oxigenada, que obra al parecer de un modo eficaz sobre los anaerobios, es un recurso utilísimo.

3.ª *Heridas infectadas con infección general grave. Septicemias traumáticas.* —En este caso debe pedirse á la seroterapia específica los elementos de una terapéutica racional, de acción menos segura que en los primeros períodos de la infección. Hasta ahora sólo se han hecho ensayos.

Esperando la resolución práctica de este gran problema, no renunciaremos al tratamiento local, á la limpieza del foco por todos los procedimientos racionales. Debemos, además, favorecer por todos los medios posibles, la defensa natural y la resistencia vital del organismo, y desde este punto de vista, la seroterapia artificial es utilísima porque normaliza la presión sanguínea y activa la diuresis. — F. Toledo.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Equinococo del bazo y del hígado. — El Dr. Weinlechner: En el caso actual, no habiendo consentido el enfermo en la operación radical (extirpación del bazo), se pinchó en varios puntos en que había vesículas, y cuando se podía dar salida al líquido, se inyectaban de cada vez 20 gramos de tintura de

vieron conformes en la superioridad de este método, no tardó en buscarse remedios nuevos más eficaces que el ácido fénico; el método antiséptico se convirtió en aséptico. Todas estas experiencias de tratamientos diferentes de las heridas, se fundan en multitud de trabajos referentes á los microbios y sus toxinas, las propiedades bactericidas de los diversos remedios, etc.

El resultado de todos estos trabajos, ha sido el siguiente: desde el punto de vista práctico, toda herida, sin excepción alguna, debe considerarse como infectada; la infección y sus complicaciones son debidas á la retención de las secreciones que contienen microbios. Dedúcese de esto que para tratar las heridas de un modo eficaz, deben cumplirse dos requisitos: destruir los microbios (ó sus productos nocivos) y evitar la retención de las secreciones de las heridas; en otras palabras, recurrir á la antisepsia y al desagüe. Para evitar la nueva infección de una herida, tratada así, es preciso curarla racionalmente.

Las opiniones y los resultados obtenidos varían. Es preciso tener en cuenta la clínica. Creo, fundándome en mi experiencia, que toda herida debe tratarse antisépticamente; que el ácido fénico es el mejor medicamento antiséptico; que es preciso desaguar las heridas y que para curarlas de un modo racional, es necesario aplicar una cura estéril y hacerla antiséptica al menos en parte, en el momento de la aplicación; la cura debe ser además hidrófila (absorbente), servir para secar la herida é impedir que sus secreciones se pongan en relación directa con el aire ambiente que contiene microbios; finalmente, la cura debe ser de tal naturaleza que filtre el aire que comunique con la herida. Lleno todos estos requisitos con la cura estéril de gasa, el ácido fénico y el algodón.

No tengo una gran confianza en los antisépticos internos y en los febrífugos.

El Dr. F. Lejars (de París): El problema es complejo y para estudiarle con utilidad, conviene dividir las heridas infectadas en varias categorías:

1.ª *Heridas infectadas recientes cuya infección no se manifiesta por reacciones locales ó generales.* — Toda herida accidental, debe tratarse como infectada. Se ha demostrado que la absorción virulenta, por la superficie traumatizada, es casi inmediata: esta absorción varía con los diferentes microbios y aumenta con el tiempo de impregnación. Sácase de aquí una primera conclusión: la limpieza de la herida debe ser lo más precoz posible, pero es siempre útil.

La experiencia ha demostrado: 1.° que somos impotentes para destruir todos los gérmenes en el foco traumático; 2.° que la defensa natural de los tejidos vivos tiene una parte importante en la lucha contra los microbios.

Es necesario limpiar perfectamente la herida haciendo los desbridamientos y las excisiones necesarias, respetando la integridad de las células vivientes que debemos ayudar en sus reacciones de defensa, nada más.

El agua estéril, el suero artificial, las compresas esterilizadas hervidas, llenan estos requisitos; los resultados prácticos se deben no á la naturaleza del líquido empleado, sino á su modo de empleo. Las disoluciones antisépticas, nocivas cuando están concentradas, son útiles diluídas lo necesario para no alterar las células; su utilidad es debida á la limpieza mecánica.

La cura debe reunir condiciones físicas idénticas: será aséptica, absor-

bente, protectora é inmovilizada, según las diversas regiones y durante un período variable.

2.ª *Heridas infectadas cuya infección se manifiesta por reacciones locales y generales más ó menos acentuadas.*— Es preciso distinguir dos casos: *a*) Los signos clínicos infecciosos, son de fecha reciente, la herida no supura; *b*) la herida está en plena supuración.

En ambos casos la seroterapia específica está completamente indicada: es el método científico, natural, el del porvenir. Pero por desgracia sólo poseemos el suero antitetánico y el antiestreptocócico. El primero solo produce resultados preventivos; el segundo se ha aplicado principalmente contra la fiebre puerperal y la erisipela. Contra las demás infecciones microbianas de las heridas, no poseemos suero hasta ahora eficaz y estamos desarmados ante las infecciones asociadas.

El tratamiento del foco local es necesario: debemos procurar limpiar toda la superficie de la herida y favorecer la exosmosis, el desagüe continuo, previniendo toda estancación, toda nueva infección.

La acción de la cura debe ser principalmente física. Si de este modo podemos sustraer á las células vivientes de la agresión de los agentes físicos, sin perjudicar sus reacciones de defensa, habremos resuelto los dos términos fundamentales del problema.

En la herida en plena supuración, es preciso poner al descubierto el foco supurante y hacer el desagüe total y continuo por las incisiones y desbridamientos necesarios y por las curas de propiedades físicas y absorbentes.

En ciertas formas pútridas y gangrenosas, en ciertas heridas cavitarias, el agua oxigenada, que obra al parecer de un modo eficaz sobre los anaerobios, es un recurso utilísimo.

3.ª *Heridas infectadas con infección general grave. Septicemias traumáticas.* —En este caso debe pedirse á la seroterapia específica los elementos de una terapéutica racional, de acción menos segura que en los primeros períodos de la infección. Hasta ahora sólo se han hecho ensayos.

Esperando la resolución práctica de este gran problema, no renunciaremos al tratamiento local, á la limpieza del foco por todos los procedimientos racionales. Debemos, además, favorecer por todos los medios posibles, la defensa natural y la resistencia vital del organismo, y desde este punto de vista, la seroterapia artificial es utilísima porque normaliza la presión sanguínea y activa la diuresis. — F. Toledo.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA*

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Equinococo del bazo y del hígado. — El Dr. Weinlechner: En el caso actual, no habiendo consentido el enfermo en la operación radical (extirpación del bazo), se pinchó en varios puntos en que había vesículas, y cuando se podía dar salida al líquido, se inyectaban de cada vez 20 gramos de tintura de

vieron conformes en la superioridad de este método, no tardó en buscarse remedios nuevos más eficaces que el ácido fénico; el método antiséptico se convirtió en aséptico. Todas estas experiencias de tratamientos diferentes de las heridas, se fundan en multitud de trabajos referentes á los microbios y sus toxinas, las propiedades bactericidas de los diversos remedios, etc.

El resultado de todos estos trabajos, ha sido el siguiente: desde el punto de vista práctico, toda herida, sin excepción alguna, debe considerarse como infectada; la infección y sus complicaciones son debidas á la retención de las secreciones que contienen microbios. Dedúcese de esto que para tratar las heridas de un modo eficaz, deben cumplirse dos requisitos: destruir los microbios (ó sus productos nocivos) y evitar la retención de las secreciones de las heridas; en otras palabras, recurrir á la antisepsia y al desagüe. Para evitar la nueva infección de una herida, tratada así, es preciso curarla racionalmente.

Las opiniones y los resultados obtenidos varían. Es preciso tener en cuenta la clínica. Creo, fundándome en mi experiencia, que toda herida debe tratarse antisépticamente; que el ácido fénico es el mejor medicamento antiséptico; que es preciso desaguar las heridas y que para curarlas de un modo racional, es necesario aplicar una cura estéril y hacerla antiséptica al menos en parte, en el momento de la aplicación; la cura debe ser además hidrófila (absorbente), servir para secar la herida é impedir que sus secreciones se pongan en relación directa con el aire ambiente que contiene microbios; finalmente, la cura debe ser de tal naturaleza que filtre el aire que comunique con la herida. Lleno todos estos requisitos con la cura estéril de gasa, el ácido fénico y el algodón.

No tengo una gran confianza en los antisépticos internos y en los febrífugos.

El Dr. F. Lejars (de París): El problema es complejo y para estudiarle con utilidad, conviene dividir las heridas infectadas en varias categorías:

1.ª *Heridas infectadas recientes cuya infección no se manifiesta por reacciones locales ó generales.* — Toda herida accidental, debe tratarse como infectada. Se ha demostrado que la absorción virulenta, por la superficie traumatizada, es casi inmediata: esta absorción varía con los diferentes microbios y aumenta con el tiempo de impregnación. Sácase de aquí una primera conclusión: la limpieza de la herida debe ser lo más precoz posible, pero es siempre útil.

La experiencia ha demostrado: 1.° que somos impotentes para destruir todos los gérmenes en el foco traumático; 2.° que la defensa natural de los tejidos vivos tiene una parte importante en la lucha contra los microbios.

Es necesario limpiar perfectamente la herida haciendo los desbridamientos y las excisiones necesarias, respetando la integridad de las células vivientes que debemos ayudar en sus reacciones de defensa, nada más.

El agua estéril, el suero artificial, las compresas esterilizadas hervidas, llenan estos requisitos; los resultados prácticos se deben no á la naturaleza del líquido empleado, sino á su modo de empleo. Las disoluciones antisépticas, nocivas cuando están concentradas, son útiles diluídas lo necesario para no alterar las células; su utilidad es debida á la limpieza mecánica.

La cura debe reunir condiciones físicas idénticas: será aséptica, absor-

bente, protectora é inmovilizada, según las diversas regiones y durante un período variable.

2.ª *Heridas infectadas cuya infección se manifiesta por reacciones locales y generales más ó menos acentuadas.*— Es preciso distinguir dos casos: *a*) Los signos clínicos infecciosos, son de fecha reciente, la herida no supura; *b*) la herida está en plena supuración.

En ambos casos la seroterapia específica está completamente indicada: es el método científico, natural, el del porvenir. Pero por desgracia sólo poseemos el suero antitetánico y el antiestreptocócico. El primero solo produce resultados preventivos; el segundo se ha aplicado principalmente contra la fiebre puerperal y la erisipela. Contra las demás infecciones microbianas de las heridas, no poseemos suero hasta ahora eficaz y estamos desarmados ante las infecciones asociadas.

El tratamiento del foco local es necesario: debemos procurar limpiar toda la superficie de la herida y favorecer la exosmosis, el desagüe continuo, previniendo toda estancación, toda nueva infección.

La acción de la cura debe ser principalmente física. Si de este modo podemos sustraer á las células vivientes de la agresión de los agentes físicos, sin perjudicar sus reacciones de defensa, habremos resuelto los dos términos fundamentales del problema.

En la herida en plena supuración, es preciso poner al descubierto el foco supurante y hacer el desagüe total y continuo por las incisiones y desbridamientos necesarios y por las curas de propiedades físicas y absorbentes.

En ciertas formas pútridas y gangrenosas, en ciertas heridas cavitarias, el agua oxigenada, que obra al parecer de un modo eficaz sobre los anaerobios, es un recurso utilísimo.

3.ª *Heridas infectadas con infección general grave. Septicemias traumáticas.* —En este caso debe pedirse á la seroterapia específica los elementos de una terapéutica racional, de acción menos segura que en los primeros períodos de la infección. Hasta ahora sólo se han hecho ensayos.

Esperando la resolución práctica de este gran problema, no renunciaremos al tratamiento local, á la limpieza del foco por todos los procedimientos racionales. Debemos, además, favorecer por todos los medios posibles, la defensa natural y la resistencia vital del organismo, y desde este punto de vista, la seroterapia artificial es utilísima porque normaliza la presión sanguínea y activa la diuresis. — F. Toledo.

(*Continuará*).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Equinococo del bazo y del hígado. — El Dr. Weinlechner: En el caso actual, no habiendo consentido el enfermo en la operación radical (extirpación del bazo), se pinchó en varios puntos en que había vesículas, y cuando se podía dar salida al líquido, se inyectaban de cada vez 20 gramos de tintura de

iodo. En la región esplénica se practicaron cuatro punciones y en la hepática dos. Posteriormente, en una prominencia mayor de la región esplénica se pinchó con un trócar de hidrocele, que se dejó colocado en dicho sitio. Todos los días se lavaba con disolución de sal común la cavidad, en la que se podía penetrar al principio á una profundidad de 22 centímetros con la sonda, y de la que salieron un gran número de vejigas de equinococos. Por último, el tubo de desagüe que se había introducido en lugar del trócar para lavar la cavidad se extrajo también, con lo cual se facilitó la salida de las vesículas.

Lipoma arborescente de la rodilla. — El Dr. Weinlechner: El sujeto de treinta y cuatro años que aquí presento, se cayó de una altura de tres metros, y de resultas de esta caída se desarrolló, á una distancia como la palma de la mano de la rótula, una tumefacción de la articulación de la rodilla, la cual, después de repetidas exploraciones, se diagnosticó de lipoma arborescente, sospechándose que el tumor debía tener su asiento por debajo del vértice de la rótula, en la región del ligamento rotuliano y en la porción inferior de la articulación de la rodilla. El tumor, que estaba fijado por medio de un pedículo pequeño y que se dejaba desprender fácilmente con los dedos, se extirpó, después de lo cual la articulación, en la que se encontró un líquido seroso hemorrágico en cantidad de unos 250 gramos, se cerró por medio de sutura y sin dejar establecido desagüe. La curación se verificó por primera intención, y el enfermo, que antes no podía doblar la rodilla más que hasta los 90°, la dobla hoy hasta los 130, y además puede caminar bien.

Hallux valgus. — El Dr. Weinlechner: Aquí presento un enfermo al que por padecer de hallux valgo bilateral y congénito, operé hace cuatro años, resecándole en ambos piés la cabeza del metatarsiano del dedo gordo, en el lado izquierdo en la extensión de 3 centímetros, y á los dos meses en el lado derecho en una extensión muy poco menor. Esto último se llevó á cabo en mayo de 1896, y á mediados de octubre del mismo año se dió de alta al enfermo como curado. En abril del año actual este individuo volvió á ingresar en la Clínica á causa de una hernia inguinal incipiente del lado derecho. Con este motivo, he visto que el dedo gordo del pié derecho se había curado también y gozaba de tal movilidad, que nadie hubiera creído que había sido objeto de una operación. En cambio, el dedo gordo del pié izquierdo, aunque también se mueve libremente, está acortado, acortamiento que un examen detenido permite averiguar que es debido á que la primera falange que se halla al lado del metatarsiano resecado, se ha corrido hacia adentro y atrás, experimentando una subluxación. Ejerciendo cierta tracción, se alarga considerablemente este dedo.

Fractura abierta de la pierna izquierda. — El Dr. Weinlechner: El enfermo que aquí comparece, sufrió el 29 de noviembre del año pasado una fractura abierta de la pierna izquierda, que fué tratada con un vendaje de tablillas. En la sexta semana se observó que en el punto de la fractura había un tumor de tamaño variable. En abril del año actual se encontró hinchada la pierna izquierda en su totalidad, y en el centro de la misma la hinchazón estaba más acentuada y cubierta por una piel brillante y fluctuante. Creyendo que se trataba de un absceso, practiqué una incisión que dió salida á cierta cantidad de sangre, parte líquida y parte coagulada. Se ve, por lo tanto, que existía un aneurisma difuso de origen traumático. Inmediatamente coloqué por encima un tubo de goma, limpié la cavidad, que era muy irregular, de los

coágulos que contenía, con lo cual descubrí la arteria tibial anterior, y en ella un orificio del tamaño de una lenteja. Ligué la arteria por encima y por debajo de dicho orificio, corté y extraje el trozo intermedio y taponé la cavidad con gasa iodoformo-tánica, que hice salir por el centro de la herida, cosiendo después los bordes de ésta en ambos extremos de la misma. El curso ulterior fué afebril, y la curación, que en la actualidad es casi completa, se verificó sin ningún contratiempo. El sujeto camina sin ninguna dificultad, pero en los dedos primero y segundo del pié está disminuída la sensibilidad. En mi opinión, el agujero de la arteria debió ser producido por una esquirla puntiaguda.

Dermatosis tratadas por medio de los rayos X.—Los Dres. Schiff y Freund: Aquí presentamos dos enfermos de tiña, cuatro de lupus vulgar, tres de sicosis, uno de lupus eritematoso y tres de hipertricosis. En estos últimos tiempos nos hemos propuesto, más que establecer nuevas indicaciones de la radioterapia, completar los datos que hasta ahora se han recogido, y partiendo de los nuevos hechos, simplificar, y en su caso, mejorar el método terapéutico en cuestión.

En el estado actual de nuestros conocimientos, afirmamos respecto á este punto lo siguiente: El lupus y la hipertricosis se pueden curar radicalmente con los rayos X, pero exigen para ello mucho tiempo: en la hipertricosis, año y medio de tratamiento intermitente, y en el lupus, un tratamiento metódico, pero continuo. Al poco tiempo de emplear los rayos X se obtiene tal resultado, que pudiera creerse en una curación; mas á pesar de que este resultado no varía aunque se insista en el tratamiento, si se interrumpe éste se presentan recidivas. La aplicación de los rayos X á la piel normal durante varios meses produce lesiones atróficas, pero éstas nunca deforman tanto el tegumento como las cicatrices que produce la electrolisis.

Teniendo en cuenta esta última circunstancia y la de que á extensas regiones de la piel se las puede privar en poco tiempo de su vello ó pelo, creemos que respecto á la hipertricosis se pueden establecer las indicaciones siguientes: En los casos de verrugas, nevus, etc., pequeños y cubiertos de pelo, es preferible la electrolisis; en cambio, cuando se trata de extensas regiones de la piel, es preferible obtener la depilación por medio de los rayos X, teniendo en cuenta que es un tratamiento que no produce dolor y que requiere mucho menos tiempo.

En los últimos casos de lupus vulgar, el tratamiento fué mucho menos enérgico, limitándose á sesiones de cinco á diez minutos de duración. De este modo casi nunca se presenta reacción inflamatoria, sin que por eso deje de obtenerse el mismo resultado favorable que con el antiguo procedimiento.

Si favorables son los resultados que la radioterapia proporciona en los casos de lupus é hipertricosis, deben calificarse de sorprendentes los que se consiguen en los de sicosis y tiña, puesto que difieren muchísimo en tal concepto de los que se alcanzaban con otros métodos. Casos que llevaban muchos años de haber sido tratados por distintos médicos, se curaron por completo en pocas semanas con el nuevo medio terapéutico. Las regiones enfermas se exponen á los rayos X según el método corriente, y una vez caídos los cabellos, se los unta con alguna grasa ó pomada. Donde más conviene este procedimiento es en aquellas regiones en que reinan endémicamente afecciones micósicas de los folículos pilosos.

Para terminar, vamos á llamar la atención acerca de los síntomas que hemos observado á consecuencia de la aplicación demasiado intensa de los rayos X. Se trata en el primer caso de una enferma á la que aplicaron dichos rayos en Rusia para curarla una afección en la cara. Sobrevino una dermatitis violenta, que después de curada, dejó en la cara y en el pecho una cicatriz extensa, con neoformaciones vasculares en forma de numerosas telangiectasias. El segundo síntoma digno de mención lo observamos en un enfermo que fué sometido á la aplicación de los rayos X para curarle un lupus de la cara. En este caso se presentó en una de las regiones temporales una alopecia accidental, y aunque no se observó ningún fenómeno inflamatorio, se desarrolló en dicho punto una pigmentación sumamente intensa.

No obstante estos casos, creemos que se pueden emplear los rayos X de manera que no produzcan una reacción muy acentuada, y que, ateniéndose á los preceptos de una técnica conveniente, no hay motivo para temer que sobrevengan dermatitis en circunstancias normales.

Etiología de la enfermedad de Basedow. — El Dr. Breuer: El cuadro morboso de la enfermedad de Basedow no se precisó en todos sus caracteres hasta mediados del siglo actual, atribuyendo el padecimiento á una enfermedad de los riñones. Desde Moebius viene ganando terreno la idea de atribuir la etiología del padecimiento de un modo principal á una afección anormal de la glándula tiroides. No parece justificado el admitir dos formas de la enfermedad, una primitiva sobre base nerviosa, y otra debida á una afección de la glándula tiroides. Más bien hay motivo para creer que el último factor es el que desempeña el papel principal. Recordaré á este respecto el caso de enfermedad de Basedow que se presentó en un sujeto hasta entonces sano, de resultas de un proceso agudo (absceso) en la glándula tiroides. En la autopsia se vió que este absceso había sido producido por el estafilococo blanco. Además, había hipertrofia del tejido secretor, y los tubos glandulares contenían una materia líquida, no coloidea. En la hipófisis, que no estaba hipertrofiada, había lesiones del parénquima muy parecidas á las que se producen cuando se extirpa la glándula tiroides con un fin experimental.

A juzgar por los casos que he observado, la enfermedad de Basedow puede ser producida por medio de la administración del iodo. Los enfermos respectivos ó bien se habían curado ya de la misma enfermedad, ó presentaban pocos síntomas de ella y nada de bocio, ó, por el contrario, existía éste último y faltaban los primeros. En todos estos casos, después de emplear la medicación iódica, sobrevino la enfermedad de Basedow típica. De antiguo se sabía que el iodo agravaba esta enfermedad, pero sólo se conocía un caso en que la hubiera provocado. Sin embargo, prestando más atención á este punto, es indudable que se observarán muchos casos en que el iodo produce semejante efecto. Yo los he observado especialmente en sujetos que usaban el iodo para conseguir la reducción de volumen de un bocio. En estos casos, es natural pensar en que acaso se produzca la absorción de substancias tóxicas procedentes del bocio. Donde se observa más á menudo este efecto inesperado del jodo es en las personas de edad y en las mujeres jóvenes. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento paliativo del prolapso uterino. — Un médico ruso, el doctor A. Datzenko, aconseja reducir el útero prolapsado é introducir después en la vagina un tapón mojado en la preparación siguiente:

Percloruro de hierro líquido	8 gramos.
Glicerina	200 —

Este tapón, que se introduce por la mañana y se extrae por la noche, se sostiene por medio de un vendaje que pasa por entre los muslos y se sujeta á un cinturón. Antes de introducir el tapón y después de extraerlo, conviene hacer una inyección vaginal. Estos medios tan sencillos sostienen el útero lo suficiente para permitir á las enfermas dedicarse á sus ocupaciones; los dolores se calman y las ulceraciones del cuello tardan poco en curar.

(*Gaz. hebd. de med. et de chirur.*). — F. Toledo.

Afecciones laríngeas en el curso de la diabetes.—El Dr. Otto Leichtenstern, de Colonia, refiere que en algunos casos no raros de diabetes, se inicia ésta con una hiposecreción de la mucosa laríngea que llega á impedir la función de las cuerdas vocales cuando el enfermo habla durante cierto tiempo. Esta afección va á menudo acompañada de una faringoxerosis análoga, que es frecuente ocasione una verdadera faringitis.

La importancia práctica de ambas afecciones estriba en que se presentan á veces como lesiones al parecer locales cuando ya son manifestaciones de una diabetes latente, mejor dicho, ignorada.

Describe además el autor otra afección laríngea de naturaleza diabética menos común que la anterior, pero en cambio más grave y más importante. Se trata de una inflamación aguda muy circunscrita, que generalmente se desarrolla en poco tiempo y que termina por sucesiva formación de abscesos. Es una especie de forunculosis diabética de la laringe. De 412 casos de diabetes observados por el autor, sólo se presentó esta complicación en dos.

(*Münsch. med. Wochenschr*).—R. del Valle.

Tratamiento de los loquios fétidos por el hipoclorito de sosa.—El hipoclorito de sosa (licor de Labarraque), es, dice el Dr. Cohen, el desinfectante más apropiado para destruir en poco tiempo la fetidez de los loquios. Cuando esta fetidez es síntoma de una infección puerperal grave, además del tratamiento apropiado pueden usarse las inyecciones intra-uterinas de licor de Labarraque. Cohen emplea este antiséptico á la dosis de 10 á 15 gramos por litro de agua. Tiene la ventaja de ser eficaz, barato y muy poco tóxico.

(*Tesis de París*). — F. Toledo.

Tratamiento de las heridas superficiales sin sutura. — El Dr. John. F. U. Whitbech dice que en las heridas superficiales tanto incisas como por desgarro, se puede obtener la unión completa de sus bordes con algodón en rama y colodion. Se comienza lavando la herida y la piel adyacente con to-

rundas de algodón en rama empapadas en una disolución de sublimado al 1 por 500 después de haber limpiado dichas partes con agua caliente y jabón (afeitando el pelo ó vello) y luego con alcohol. Después que las partes estén suficientemente secas, se aproximan recíprocamente los bordes de la herida, se coloca sobre ellos algodón en rama y se dan por encima pinceladas de colodion; si los bordes de la herida estaban muy separados, se aplican sobre el colodion tiras de aglutinante ó de muselina ó lienzo que se barnizarán de nuevo con dicha substancia. El algodón en rama debe ser lo más aséptico posible y aplicarse en capa muy delgada, pero que cubra completamente la herida. Este apósito se deja colocado de ocho á catorce días y se quita con un poco de éter, encontrándose entonces cicatrizada la herida.

Este procedimiento se puede emplear en toda clase de heridas cutáneas, incluso las que se infieren para excindir ganglios y tumores pequeños y en todas las regiones del cuerpo. Las ventajas son evidentes, según el autor: ya no hay el temor que inspiran las suturas y el dolor que se produce al colocar éstas; el tratamiento es más sencillo, la curación segura y hasta en el concepto estético son mucho mejores los resultados porque las cicatrices que quedan son tan finas que más bien parecen pliegues de la piel.

(*Med. Record*).—R. del Valle.

Tratamiento médico de las enfermedades del corazón. — El tratamiento de las enfermedades del corazón es, dice Dorn, principalmente médico y dietético. Los medios farmacológicos tienden á caer en un olvido inmerecido. En las palpitaciones por excitabilidad nerviosa, los vendajes mojados en agua fría y los saquillos de hielo, no son eficaces siempre; en estos casos merece recomendarse una combinación de valeriana con bromuro sódico. Muchas veces las lesiones valvulares se complican con esta excitabilidad que es desfavorable para la compensación; Dorn recomienda en estas circunstancias, la valeriana con el agua de laurel cerezo y la belladona. En los casos poco acentuados de lesión valvular, puede emplearse en vez de la digital la infusión de las hojas de adelfa; ésta calma el corazón, disminuye la frecuencia del pulso y es bien tolerada. En los casos de rotura de la compensación, la quinina es preferible á la digital. Cuando hay disnea accesional están indicados los narcóticos; es útil hacer por la noche una inyección de morfina. Si están afectados los riñones, se sustituirá la morfina por el sulfonal ó el trional. En la disnea debida á la lesión valvular aórtica, con tos molesta, está indicada la heroina ó la codeína. En la hidropesía recomienda Dorn una mixtura diurética compuesta de digital, estrofanto, citrato de cafeína, acetato de potasa y regaliz; la diuretina es de gran valor combinada con alguno de los medicamentos anteriores. En la miocarditis crónica y en la degeneración grasosa del corazón, debidas en la mayor parte de los casos, al abuso del alcohol, conviene ordenar la alimentación, las fricciones frías, las aplicaciones espirituosas y la administración de la quinina y del hierro. Si estos medios son ineficaces, se recurrirá á la infusión de adelfa para restablecer la tonicidad cardíaca.

(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONSIDERACIONES SOBRE LA PATOGENIA Y EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA ECLAMPSIA OBSTÉTRICA

POR EL

DOCTOR D. ANGEL NÚÑEZ SAMPELAYO

Catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca.

Todo el que se dedica á la práctica tocológica, sabe muy bien el vital interés y la innegable importancia que entraña el conocimiento de la eclampsia, cuyo solo nombre conmueve y aterra por sus deplorables consecuencias.

Estas consistên en la muerte inmediata ó en la manifestación de estados graves y persistentes, que si no anulan la existencia, condenan á las pobres enfermas á un sufrimiento físico y moral que es muchas veces peor que la misma muerte.

Y sin embargo, á pesar de este convencimiento, el concepto patogénico de tan terrible enfermedad, se halla aún envuelto entre las brumas de la duda, como lo prueban las opiniones sustentadas por eminentes tocólogos, opiniones tan divergentes, y pudiéramos decir tan antitéticas, que los conceptos resultantes no corresponden á una doctrina científica, positiva y razonada.

Y como la terapéutica, sobre todo la preventiva, está subordinada al conocimiento exacto del origen de las enfermedades, es natural que en la eclampsia no sea posible establecer un método de tratamiento en armonía con la aceptación de un criterio razonable en absoluto, que se halle en conformidad con el resultado de los experimentos y con las comprobaciones clínicas. Todo lo que no se adapte á un criterio fijo, podrá dar lugar á una lucha de principios, á una exposición de opiniones avaloradas quizá por los recursos del ingenio, pero nunca á la apreciación de hechos reales y efectivos

que, con pruebas objetivas y prácticas, saturen el espíritu del hombre de la potente fuerza de atracción que nos domina siempre que entramos en posesión de la verdad.

En pocas enfermedades se han ideado más teorías patogénicas que en la eclampsia, pero en pocas también ha habido más desconciertos y perplejidades y más dificultad para disipar las dudas que en este punto ofuscan nuestra inteligencia. Aún se continúa buscando un rayo de luz que rasgue las tinieblas, pero cuando se ha creído descubrir la verdad, una argumentación vigorosa se ha encargado de aniquilar en poco tiempo aquella verdad, reduciéndola á la simple categoría de hipótesis. Tal ha sucedido con las teorías de la neurosis refleja, albuminuria, congestión cerebro-espinal, uremia, creatinemia, ammoniemia, eliminatriz generalizada, toxemia renal, hepática y microbiana.

Muy lejos nos conduciría el examen minucioso de estas doctrinas á que se han dedicado tantas vigilias durante algunos años, pero no debo hacerlo por ser harto conocidas y no permitirlo los estrechos límites de este pequeño trabajo. Basta recordar que hay muchas eclámpsicas no albuminúricas, y lo contrario, que la urea no es una substancia tóxica, como lo han demostrado Frerisch, Gallois, Claudio Bernard y otros varios con sus inyecciones experimentales, que suponiendo el desdoblamiento de la urea en carbonato amónico, se necesitarían grandes cantidades para producir efectos convulsivos y comatosos; que la teoría eliminatriz generalizada no sería exclusiva de la mujer en la época puerperal, y sí de todos los estados morbosos en que hubiera deficiencia de la eliminación orgánica, que la toxemia de Doleris y Butte no puede aceptarse por el desconocimiento de la naturaleza del agente tóxico y por la limitación de los datos aportados para el esclarecimiento de los hechos; que la teoría hepática de Pilliet y la renal de Peter nada afirman ni demuestran, y por último, que la microbiana sostenida por la autoridad de Doleris necesita dar á conocer el microbio responsable, su aislamiento y cultivo artificial, la reproducción experimental de la enfermedad por la inyección de esos cultivos y últimamente su cualidad contagiosa, circunstancias que nadie ha demostrado en nuestros días.

La teoría, fundada en las observaciones de Traube y Rosenstein, que atribuyen la eclampsia á la anemia cerebral, debida al estado hipoglobúlico de la sangre; á la mayor tensión aórtica, como consecuencia de la hipertrofia del ventrículo izquierdo y á la super-excitabilidad nerviosa, tan evidente en las embarazadas, tiene mucho

de lógico y racional, y está confirmada por las observaciones de Andral y Gavarret, Becquerel y Rodier, Larcher, Montgommery y Tyler Smith.

No hay más que adaptar ó relacionar esta opinión con las modificaciones que experimenta el organismo de la mujer por el sólo hecho del embarazo, y nos convenceremos de que, como dicen algunos, es una candidata á la eclampsia, no porque como indica el Dr. Peter «la hiperemia uterina y renal durante el embarazo traspase los límites fisiológicos para entrar en el terreno patológico», sino porque, prescindiendo de esas hiperemias, muchas veces imaginarias, la mujer embarazada tiene en su propia organización, modificada por el estado grávido, elementos suficientes para producir hondas y sensibles perturbaciones.

Las condiciones antes mencionadas, y sobre todo, la disminución de glóbulos, hierro y albúmina en la sangre, predisponen indudablemente á la anemia cerebral, y unidas éstas al estímulo reflejo sobre los centros vaso-motores y convulsivos, excitados por una sangre alterada, obra sobre las arterias cerebrales que, al contraerse, producen convulsiones por oliguemia del bulbo, ó coma por oliguemia del encéfalo.

La importancia patogénica de la enfermedad corresponde siempre, como puede observarse, á la anemia cerebral que, según los experimentos de Kussmaul y Tenner, provoca efectos convulsivos ó comatosos, según el sitio donde obra, determinando dicha anemia, no sólo los síntomas de la enfermedad confirmada, sino las perturbaciones cerebrales propias del período prodrómico, caracterizadas por cefalalgia, vértigos y desvanecimientos, embotamiento de las facultades intelectuales y trastornos en los órganos de los sentidos.

Con este modo de pensar, que conceptúo racionalísimo, no me extraña que haya quien sostenga la analogía existente entre esta enfermedad y la epilepsia, cuya génesis es muy parecida, sobre todo, aceptando la teoría bulbar de Schröder, en que tan importante papel desempeña la anemia cerebral.

Puede decirse que hasta las diferencias sintomatológicas prueban los íntimos lazos que unen las dos enfermedades, desde el punto de vista clínico, estando justificado el que algunos autores, como Merriman y Vogel, denominen á la eclampsia epilepsia aguda y distocia epiléptica.

Los detractores de la opinión que defendemos anulan su valor en vista del resultado necroscópico, que, lejos de ofrecer los caracteres

propios de la anemia cerebral, demuestra un estado congestivo del cerebro y sus membranas; pero esta objeción carece de fundamento si se reflexiona que, dadas las condiciones del paroxismo eclámpsico, las lesiones que se hallan en las autopsias son consecutivas y ocasionadas por grandes perturbaciones circulatorias.

También dicen algunos, poco conformes con la teoría expuesta, que si fuera exacta, se presentaría la eclampsia fuera del estado de embarazo en uno ó en otro sexo, siempre que existieran las mismas condiciones, á lo que puede contestarse sencillamente que, si así no acontece, es porque las enfermedades puerperales tienen siempre una facies especial, *sui generis*, que las hace distintas de las que se presentan en cualquiera otra época de la vida.

En resumen, en las embarazadas hay una predisposición á la eclampsia, y no falta más que una causa determinante para que estalle la enfermedad; la predisposición se fundará en las malas condiciones de la sangre, en su acción sobre los centros nerviosos, en la mayor tensión aórtica por hipertrofia cardíaca, y en la superexcitabilidad nerviosa de la mujer. La chispa que produce el incendio será la distensión excesiva del útero, la emoción moral violenta, los dolores intensos espasmódicos é irregulares, y, en una palabra, toda aquella excitación que se propague por acción refleja á los centros nerviosos, cuya impresionabilidad es manifiesta.

Juzgando así, se armoniza perfectamente la patogenia con la etiología de la eclampsia, desaparecen las incertidumbres que traen consigo las controversias suscitadas, prescindimos de las elucubraciones doctrinarias, de las inducciones aventuradas y los idealismos caprichosos, y contamos con una base segura para establecer un tratamiento razonado.

No pretendo que esta opinión sea la verdadera, por más que esté robustecida por eminentes autoridades; pero he de confesar por lo menos que, si no el mérito de la novedad, tiene el de fijar los conceptos y el tratamiento preventivo de la eclampsia, que de este modo de pensar se deriva, y que, dicho sea de paso, me ha producido siempre los más eficaces resultados.

Lo primero que debe hacerse es modificar ventajosamente el estado de la sangre, cuando su empobrecimiento exagerado amenaza la manifestación de la anemia cerebral.

El régimen lácteo exclusivo (Tarnier y Budin) tendrá en este cas excelente aplicación. La circunstancia de ser un alimento completo, su efecto diurético y el modo de obrar sobre la sangre, los nervios

vaso-motores, la circulación capilar, la exhalación y la absorción, como lo demostró Pechollier de Montpellier en 1855, explica perfectamente sus buenos efectos y la conformidad de los prácticos en el uso de tan excelente medio terapéutico.

Los demás recursos empleados á título de profilácticos, como los diuréticos y purgantes, con objeto de disminuir la tensión arterial y facilitar la eliminación del exceso de serosidad de la sangre, están fundados en principios más bien teóricos que prácticos, y su eficacia no ha sido confirmada por la experiencia.

Lo mismo puede decirse del percloruro de hierro asociado á la digital, de las ventosas secas para moderar la hiperemia renal, de los ácidos vegetales, de los baños calientes y de vapor, y de tantos otros recursos, que podrán coadyuvar á la acción profiláctica de una manera indirecta, pero no segura.

En cuanto á la sangría, tan preconizada por algunos prácticos en el tratamiento preventivo de la eclampsia, la consideramos perjudicial, puesto que aumentaría los fenómenos morbosos, favoreciendo la presentación de la anemia cerebral. Es más, creemos que debe desecharse en el período prodrómico, porque provocaría seguramente la agravación de los fenómenos morbosos que le caracterizan.

En la eclampsia confirmada, no es propio de un buen clínico aceptar la sangría sin restricción alguna, ni rechazarla sin fundamentos razonables, porque si la experiencia enseña que debe desecharse en general, hay casos particulares en que es de necesidad imprescindible. Entre éstos, citaremos las congestiones pulmonal ó cerebral intensas, con alteraciones respiratorias y circulatorias que amenacen producir una asfixia rápida y mortal. Entonces no combatimos, como dice Peter en su *Clínica médica,* la anemia primitiva, sino la congestión secundaria, y cumplimos una apremiante indicación vital.

Pero sin citar otros medios curativos, á cuya crítica no me autoriza el enunciado del tema que he colocado á la cabeza de este mal redactado artículo, concluiré exponiendo breves consideraciones sobre los dos medios que, además de la dieta láctea, tienden, en mi juicio, á evitar la manifestación de la eclampsia.

Me refiero á la dieta llamada albuminosa y al uso de las preparaciones de hierro. Al faltar albúmina en la sangre, nada más racional que proveer al organismo de ese principio nitrogenado tan necesario para su integridad, mucho más cuando puede conseguirse con

alimentos reparadores y sin trastorno del aparato digestivo: los huevos, la sangre, los sesos y los pescados blancos, cumplen perfectamente tan útil indicación.

Las preparaciones de hierro pueden ayudar también nuestros buenos propósitos, porque si las malas condiciones de la sangre en las embarazadas predisponen á la eclampsia, tiene que ser irreemplazable un medicamento como ese, que aumentando la asimilación y, por consiguiente, la nutrición, regenere los glóbulos rojos por su cualidad hematógena, restablezca la armonía necesaria entre los sistemas sanguíneo y nervioso, y aleje la sospecha de que pueda manifestarse la anemia cerebral.

En una palabra, disminuídos en la mujer embarazada los agentes inmediatos de la nutrición y los encargados de las combustiones intraorgánicas, tienen que disminuir también las propiedades biológicas de los elementos histológicos, y si las células, los órganos y aparatos, demuestran una nutrición imperfecta, manifestarán su sufrimiento alterando el sistema nervioso en general, y particularmente el de la vida orgánica, circunstancias muy abonadas para determinar la terrible enfermedad de que nos estamos ocupando,

La dieta láctea y albuminosa, el hierro sólo ó combinado con algunos tónicos neurosténicos, pueden evitar, administrándolos en tiempo oportuno, la eclampsia obstétrica y sus funestas consecuencias.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Las tenias y las carnes. — II. Etiología de la fiebre amarilla. — III. La circuncisión y sus peligros. — IV. El corsé menos peligroso. — V. El bacilo tífico en las manchas rosadas. — VI. Datos y profilaxis del alcoholismo (Francia, Alemania y Rusia). — VII. La vacunación durante el embarazo. — VIII. Sobre prisiones celulares. — IX. Noticias microbiológicas: bacilos pseudo-diftéricos, microbio del ozena, proteo vulgar, estreptococo y escarlatina, microbio de la peste.

I. S. Marano, de sus experimentos relativos á las tenias y á las carnes del cerdo, deduce lo siguiente: 1.°, en el perro, como en el hombre, se desarrolla muy bien la *tænia solium*; 2.°, la técnica usa-

da ordinariamente para la preparación y salazón de las carnes de cerdo, y el tiempo que por regla general transcurre para el consumo, son suficientes para que resulte inofensivo el *cysticercus cellulosæ*. Demostrado esto, pide se pongan de acuerdo los varios intereses que intervienen en el asunto con las leyes, pues no habrá daño para la salud pública. (*Giorn. della R. Soc. d'Igiene*, 1900).

II. Para Ernesto Edelmann (*La Habana médica*), el ingreso del germen productor de la fiebre amarilla puede hacerse por cualquiera de las puertas ordinarias; pero este germen es desconocido todavía, á lo menos, no lo ha encontrado ni en la sangre, ni en el hígado, habiéndolo visto, en cambio, en un palúdico que no tenía ni hemorragias, ni uremia, ni albuminuria, ni colemia, ni ictericia. Los cultivos han resultado infecundos y tampoco dieron las más leves huellas las inoculaciones de cultivos muy virulentos (*loro*).

Duda de las toxinas descritas por algunos, y no acepta lo que dice Menocal de que el tóxico de la fiebre amarilla sea excito-motríz, convulsionante y paralítico. En su concepto, la toxina de la fiebre amarilla ataca indefectiblemente al hígado y á los riñones, á aquél más pronto y con más intensidad, y en éste sólo produce una nefritis parenquimatosa aguda con degeneración grasienta. La muerte es debida á la destrucción de las células renales.

III. La circuncisión, y más todavía las prácticas hemostásicas que después de ella se emplean, pueden transmitir la sífilis, la difteria, la tuberculosis, etc.

Los documentos oficiales han probado que en Ryeschitra (ferrocarril de Varsovia á San Petersburgo) diez niños, de los cuales han muerto ya siete, han sido inoculados de tuberculosis por un *operador* en el lapso de tres meses.

En realidad, las inoculaciones son más infrecuentes, pues es rara la reunión *per primam* y comunes las supuraciones. La infección no queda limitada á los ganglios inguinales, sino que llega á los intrapelvianos, por las vías linfáticas; así entra el pus en el vientre y determina á las veces peritonitis; y lo mismo suele ocurrir en la tuberculosis, que alcanza hasta los huesos, raquis, etc. Unase á esto el riesgo que corren los que cuidan al niño (*Wiener med. Presse*, 1900).

IV. De cuando en cuando es agitada la cuestión del corsé, y no es de extrañar, que todavía está por resolver teórica y prácticamente. De nuevo la trata la Srta. Gaches-Sarrante en una excelente Monografía (Masson, 1900), que abarca el estudio fisiológico y clínico.

El corsé, en su concepto, debe favorecer, no estorbar, los esfuer-

zos de la naturaleza, siendo necesario para ello tener en cuenta: 1.°, el esqueleto en sus relaciones con las vísceras, y como punto de apoyo del corsé; 2.°, las vísceras en sí mismas y en su situación.

El esqueleto es asaz variable: en unos individuos la base del tórax es muy ancha, las falsas costillas son muy salientes; en otros ocurre lo contrario, las costillas van hacia abajo, se acercan á la cresta ilíaca y apenas hay espacio entre los huesos del tórax y los de la pelvis. Lo mismo sucede con la pelvis: unas veces se dirige muy hacia áfuera la cresta ilíaca; otras hacia arriba hasta llegar á las costillas; en este caso, corresponde á la cintura y el punto de apoyo de las ropas está en la fosa ilíaca externa. En algunas ocasiones, la masa ósea sacro-ilíaca está muy engrosada y sobresale del hipogastrio. En fin, suele la cresta ilíaca ser muy poco saliente, y la pelvis, muy estrecha, no se ensancha más que hacia el trocánter.

Respecto á las partes blandas, es rara la mujer que conserva sus formas originales: casi todas tienen el vientre saliente y el busto aplastado, cambios debidos al uso del corsé. Algunas tienen la pared abdominal rectilínea, que es el tipo normal.

Establecidos estos hechos, ¿cuál es la misión del corsé? Sostener los vestidos é impedir que las cintas constriñan la cintura para que no sean las vísceras rechazadas hacia abajo. El corsé debe ser colocado alrededor de la cintura, pero no ejercerá presión en ningún punto de ésta y hasta impedirá que esta presión pueda realizarse en concepto alguno: este es el punto capital; no debe apoyarse en la base del tórax (cartílagos y falsas costillas) para no estorbar los movimientos respiratorios. El punto de apoyo debe buscarse en la pelvis, y ésta es la que ha de sostener el corsé y el peso de los vestidos de los miembros inferiores. Si, además, puede proteger las paredes abdominales, habrá cumplido su misión.

Un corsé así dispuesto, apoyado en la pelvis y no en el tórax, permite los movimientos torácicos y los de todas las partes subyacentes, facilita la estación vertical en actitud regular y deja libre las funciones de las vísceras abdominales, y particularmente las del estómago. Está indicado en todas las mujeres sanas, sea cualquiera su edad, y sobre todo en las niñas, cuya evolución y movimientos no entorpece; además, sirve en ciertos casos morbosos, de preferencia en las nefroptosis, dilatación de estómago, afecciones uterinas y más todavía en las hernias.

Los médicos deben hacer la propaganda de esta suerte de corsé, porque si bien hay mujeres ciegamente entregadas á los caprichos

de la moda, «las hay siempre lo bastante inteligentes para resistir todas las sugestiones y para imponer la moda verdadera, aquella que es compatible con la conservación de la salud» (*Gaz. des hôp.*, 1900).

V. Desde Rutimeyer no se había vuelto á ver el bacilo tífico en las manchas rosadas: las vió en seis casos. Neufeld (1899) explicaba las contradicciones existentes entre los autores, diciendo que si los bacilos son la causa directa de las manchas, es probable que vivan poco en la piel y tejido subcutáneo, pues de otro modo las manchas no serían tan fugaces; por tanto, para buscarlos se debe intervenir al aparecer las manchas, y además, ponerlos á cubierto del poder bactericida de la sangre en cuanto sea posible. En efecto, investigando en tiempo oportuno y mediante una técnica especial, encontró los bacilos 13 veces en 14 casos. Curschmann (noviembre de 1899) ha confirmado estos hechos, hallando el bacilo 14 veces en 20 casos; en los negativos, las manchas estaban en camino de desaparecer. Por último, en este año, Richardson, de Boston, obtuvo los mismos resultados aun antes de aparecer la reacción de Widal (P. Horton Smith, *The Lancet*, 1900).

VI. Los numerosos trabajos que aparecen sobre el alcoholismo son de buen augurio: las gentes se preocupan de esta inmensa plaga. Recientemente, entre otros, han aparecido varias Tesis en Francia.

La de Georges Loiseau es completa, y trata con singular esmero del aumento de despachos. Decretada por la Cámara francesa la libertad absoluta de las tabernas, antes reglamentadas (1880), los efectos no se hicieron esperar, según revela esta progresión:

En 1850	había	350.425	tabernas y otros	despachos en	Francia.
— 1855	—	291.244	—	—	—
— 1865	—	351.048	—	—	—
— 1869	—	364.875	—	—	—
— 1874	—	342.980	—	—	—
— 1875	—	342.622	—	—	—
— 1880	—	356.868	—	—	—
— 1885	—	399.145	—	—	—
— 1890	—	413.141	—	—	—
— 1895	—	424.575	—	—	—

Es decir, hay hoy para toda la Francia una espendeduría de alcohólicos por cada 85 habitantes, ó 1 por 30 varones adultos; en el Norte, 1 por 52 individuos; en el Sena inferior, 1 por 75; en el Eure, 1 por 11; en un pueblo de Bretaña, según G. Picot, 52 por 850 habitantes, ó sea 1 por 5 electores.

Dice muy bien el autor: la reforma se impone en el sentido de la limitación.

—La de J. Mevel, de Quimper (*Alcoolisme chez le marin breton*) señala estos dos extremos: en Audierne, puertecito de la costa bretona, el consumo anual de alcohol á 100° pasa de 19 litros por habitante, y en Huelgoat, villorrio del interior, no excede de 1'03. Antes había en Finisterre 5294 tabernas, y hoy pasan de 8000, y las estadísticas comprueban el aumento desde todos los puntos de vista.

También aumenta la tuberculosis.

—La de P. Collier (*Alcool et phthisie*) trata de preferencia de la tuberculosis en sus relaciones con el alcoholismo: de 95 tuberculosos, 86 abusaban de los alcohólicos (90'52 por 100) y en casi todos ellos la enfermedad fué rápida. La mayoría de estos 86 consumía bebidas aromáticas (ajenjos, ron, etc.). Parece, pues, que los alcohólicos son *bacilíferos*.

—La de Arrivé (*Influence de l'alcoolisme sur la depopulation*) establece estudios estadísticos comparativos, dividiendo las familias en tres grupos:

Relativamente sobria: 235 familias de obreros: de 847 concepciones, 25'85 por 100 de abortos, nacidos muertos y muertos antes de un año.

Tuberculosa: de 368 preñeces, hubo 36 abortos, 16 nacidos muertos y 61 muertos antes de un año (29'07 por 100).

Alcohólica: de 433 embarazos, anota 50 abortos, 20 nacidos muertos, 112 muertos en el primer año de la vida (42 por 100 en total).

Sólo la heredo-sífilis da guarismos superiores: 68 por 100 (Fournier), pero como es más rara que el alcoholismo, su acción absoluta es menos importante.

—En fin, Laveranne (*Presse médicale*) dice: los franceses beben *dos millones de hectólitros de alcohol*, la mínima parte en forma de vino alcoholizado; crece el consumo del ajenjo: en 1873 se producían 6713 hectólitros, y en 1897 se ha llegado á 192.699; igual proporción siguen los otros espirituosos: 22.479 en 1873 y 112.253 en 1897. En resumen, la producción era de 29.192 y es de 311.952 hectólitros (1873 á 1897). ¡Cantidad enorme que consumen casi sólo Francia y sus colonias! No hay pueblo que soporte un envenenamiento tan poderoso.

Alemania todavía produce más: 800.000 hectólitros más que Francia (1897), pero casi no los consume: los destina á *otras cosas*; sólo de alcohol de patatas ha fabricado 2.500.000 hectólitros en sus 12.000 destilerías agrícolas (1897). Exporta una parte, quema otra para ca-

lentamiento é iluminación (á modo de petróleo), dedica mucho á la industria y se enriquece con el alcohol.

¡Contraste notable! ¡Francia se muere por el alcohol! ¡Alemania vive por él!

—En la Sección rusa de la Exposión de París, el conde Luis de Skarzynski ha presentado una serie de documentos, gráficas, modelos de salas de lectura y salas para thé, planos, etc., que expresan la obra realizada por las Sociedades de templanza, que cuentan hoy con 25.000 inscriptos y 5500 protectores.

Desde hace cinco años el Estado ruso ha monopolizado la venta de los alcoholes, con la doble idea de aumentar los ingresos públicos y sobre todo para reducir los perjuicios del alcoholismo. Esta reforma, que se hace progresivamente, ha sido secundada por Comités subvencionados *larga manu* (7.500.000 de fr. para 1900), por el Gobierno, que vigilan la venta para que no resulten daños para la salud y la moralidad, que propagan las buenas ideas, que separan al pueblo de las tabernas llevándolo á gabinetes de lectura, á conferencias, etcétera, para lo cual han construído casas populares, que han fundado asilos especiales para los alcohólicos, etc.

En la misma Exposión ha inagurado Rusia sus *Comités oficiales de templanza*, organizados bajo el patronato del mismo Skarzynski, asistiendo Le Grain, Presidente del Congreso antialcohólico.

Todas estas reformas tienen la ventaja de que se ponen en práctica consejos, no imposiciones, tendiendo más al *delectando* que al *monendo*.

VII. Algunos se oponen á la vacunación de las embarazadas. Esta injustificada opinión no tiene en su pro más que un argumento mediano, los accidentes inflamatorios, pero estos son evitables.

Vinay (*Lyon médical*, 1900), defiende la buena doctrina, pero recomienda ciertas precauciones, como las de asepsis rigorosa (cual debe hacerse siempre y especialmente en los obesos, diabéticos, etc., y hasta durante el flujo catamenial) y no vacunar en los miembros inferiores. Encuentra ventajas en esta práctica profiláctica, entre ellas la inmunidad del feto para con la viruela y vacuna, tanto más cuanto más cerca del parto se la emplea (Underhiel, Burckhard, Bchm, Kollock, etc., y la conceptúa precisa en caso de epidemia de viruela para evitar peligos á la madre y al feto.

VIII Las prisiones celulares tienen decididos adversarios. El número aumenta á medida que la Antropología criminal va enseñando que no pocos de los condenados son más dignos de conmiseración

que de castigo, exigiendo de la sociedad un tratamiento más humanitario y más científico. Gracias á los perseverantes esfuerzos de algunos médicos, los locos ya no son víctimas de la barbarie, y gracias á la mayor cultura social los hereditarios, los que poseen expresivos antecedentes individuales, y, en otro orden de ideas, los venéreos, las madres solteras, etc., no son tan cruelmente tratadas. Sobre este asunto, *Le Progrès médical* copia el siguiente párrafo de la obra *Fille Elisa* de Edmundo Goncourt :

«Sí. Esta penalidad del *silencio continuo*, ese perfeccionamiento penitenciario, al que Europa no se ha atrevido, sin embargo, á tomar sus latigazos sobre las espaldas desnudas de la mujer, esta tortura seca, este castigo hipócrita que va más allá de la pena impuesta por los magistrados y que mata para siempre la razón de la mujer condenada á un número limitado de años de prisión, este régimen americano y no francés, este sistema Auburn, hace tiempo trabajo para combatirlo con indignación análoga á la que en el siglo XVIII hizo suprimir la tortura de nuestro antiguo derecho penal.

»Y mi ambición, lo confieso, es que mi libro despierte el deseo de leer los trabajos sobre la locura penitenciaria (1), que induzca á investigar la cifra de *imbéciles* que hay actualmente en las prisiones de Clermont, de Montpellier, de Cadillac, de Doullens, de Rennes, de Auberive, que haga, en último extremo, examinar y juzgar la bella ilusión de la enmienda moral con el silencio, que mi libro, en fin, sepa hablar al corazón y á la emoción de nuestros legisladores».

IX. Varias noticias sintetizadas sobre microbiología :

Bacilos pseudo-diftéricos. — Casi todos los autores franceses se pronuncian en contra de toda analogía y parentesco entre estos bacilos y el diftérico ; otros, entre ellos Spronk, piensan por modo opuesto. A. de Simoni (*Centralb. für Bakteriol. etc.*), después de muchas investigaciones, acepta la opinión de la mayoría de los franceses.

Microbio del ozena.—Parece ser un bacilo muy pequeño, estudiado hace años por Löwenberg. Se tiende actualmente á reputarlo como una variedad del de Friedländer. La señorita Robineau (*Thèse de Paris*) acepta este parentesco.

Pérez (*Ann. de l'Inst. Pasteur*) niega que el bacilo de Löwenberg sea el causante del ozena, pues es en las fosas nasales un huesped habitual. En su concepto, el productor es un bacilo pequeño, corto,

(1) Informes de los Dres. Lelut y Baillerger en la *Revue penitentiaire*, 1845, t. II.

rechoncho, que toma bien los colores de anilina y que no se tiñe con el método de Gram. Es el *cocco-bacillus fœtidus* del autor. Crece bien en los medios de cultivo, á los que comunica gran fetidez; es difícil de aislar por la presencia del bacilo de Löwenberg ú otras bacterias vulgares. Inoculado en el peritoneo de los conejitos, determina una peritonitis rápidamente mortal, y en contacto de la mucosa nasal del conejo produce un ozena típico.

Proteo vulgar.—En su notable trabajo sobre el género *Proteus*, Hauser describió tres especies diferentes de bacterias. Se encuentra este proteo frecuentemente en la putrefacción de las substancias animales, siguiendo el *mirabilis* y el *Zenkeri*. Según Feltz (*Arch. de Méd. expér. et comparée*), el único que debe llamarse proteo, es un bacilo de 0'6 á 0'8 μ de largo, constante en las putrefacciones, que se desarrolla bien en los medios de cultivo ordinarios, que desprende un poco de indol, en contra de lo que se cree generalmente, y que tiñe según el método de Gram. Es raro en el intestino humano, y poco patógeno para los animales.

Estreptococo y escarlatina.—Mientras que unos creen (Bergé) que aquél es la causa de ésta, otros lo niegan y no pocos divagan. Courtois (*Thèse de Paris*) opina que la inyección prolongada subcutánea en los conejos de pequeñas dosis de orina de escarlatinosos produce un suero sanguíneo bactericida para el estreptococo. Esto probaría que esta orina contiene toxinas procedentes de estreptococos virulentos, que evolucionan á la par que el agente escarlatinoso.

Microbio de la peste.—Como el microbio de la peste descrito por Yersin, no es igual al señalado por Kitasato, cree Netter (*Arch. de Méd. exp. et comp.*, 1900), después de un detenido estudio de los datos publicados, que el verdadero es el de Yersin, opinión que aceptan también los japoneses. El de Kitasato es un bacilo móvil, que se tiñe con el método de Gram, produce pequeñas colonias en el agar, enturbia uniformemente el caldo, caracteres que no han sido luego comprobados. (*Le Progrès médical*, 1900).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DOCTOR

DON RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. La herencia psicológica, por Th. Ribot; traducción española de Ricardo Rubio. Madrid. 1900.
II. Memorias sobre la epidemia de Oporto. Edición oficial. Madrid, 1900.
III. Termogenesis, termolisis y termotaxis. Tesis del Doctorado, por G. Lorenzo Torremocha Téllez. Madrid, 1899.

I

En las ciencias experimentales y de observación hay que distinguir cuidadosamente entre los hechos bien comprobados y los que no lo están, y entre los principios que se inducen legítimamente de los hechos de la primera categoría y los que se establecen violentando ó faltando á las leyes de la lógica.

Esta distinción, tan esencial, se me ocurre siempre que tengo ocasión de hojear libros como el que motiva la presente nota. En él se encuentra, en efecto, un caudal sumamente copioso de hechos relativos á la herencia psicológica, de los cuales muchos de ellos están bien comprobados y son, además de esto, muy interesantes. También lo son algunas de las leyes y consecuencias que el autor induce legítimamente como resultado del estudio y comparación de dichos hechos. Mas el Sr. Ribot, á pesar de todas las protestas que hace en algunas ocasiones de que no quiere inclinarse en ningún sentido con motivo de ciertas cuestiones filosóficas, muestra marcadamente su predilección á favor de conclusiones que de ninguna manera son consecuencia lógica de los mismos hechos que aduce.

Así vemos que no oculta sus simpatías hacia el transformismo, por más que dice que en el reino del pensamiento no lo acepta ni lo rechaza; sostiene que el instinto y la inteligencia son en el fondo una misma cosa, y por lo mismo no es extraño que admita inteligencia en los animales superiores; no concede la creación especial de cada nuevo sér vivo; califica de vaga hipótesis el dogma del pecado original; y copia, sin protesta ni atenuación alguna, párrafos de Galton sobre las causas de la degeneración de España y sobre la influencia de la Iglesia en la Edad Media, en los que se falsean ó violentan los

hechos, y más aún que los hechos, las consecuencias que de ellos se pretende inferir.

Respecto á la traducción, aunque en general es bastante correcta, se resiente de haber conservado demasiado intactos determinados giros del original francés, y hasta algunas palabras, como el verbo devenir, que no es de uso corriente en nuestro idioma, por más que se encuentre en el *Diccionario* de la Academia.

II

La primera de las Memorias de que consta este libro, está escrita por el Dr. D. Carlos de Vicente, y es un estudio clínico de la epidemia de Oporto, basado en la observación personal de 34 casos de peste. Contiene además oportunas consideraciones acerca de la marcha general de la enfermedad, el origen probable de la epidemia y los medios que se empleaban para combatirla y cuya aplicación, según refiere el autor, tropezaba con obstáculos que ya conocemos, pues al fin se trata de nuestra Península. En las seis páginas de que consta la Memoria siguiente relativa al estudio bacteriológico de la epidemia, persona tan competente como el Dr. Mendoza, da cuenta de las investigaciones practicadas, las cuales vinieron á confirmar en un todo lo que ya había revelado la Clínica. Breve es también la Memoria escrita por D. José del Pino, encargado de estudiar las medidas sanitarias adoptadas por el Gobierno de Portugal, pero suficiente para que el lector forme idea de la indiferencia con que dicho Gobierno veía desarrollarse la epidemia en la populosa ciudad del Duero. A pesar de ello, creía el Dr. Pino, y por fortuna el tiempo ha confirmado su pronóstico, que la epidemia, por su poca fuerza expansiva, no llegaría á adquirir gran intensidad ni extensión.

La Memoria en que el Dr. D. Angel Pulido refiere cómo desempeñó la misión de Inspector General de Sanidad en la frontera portuguesa, enseña los obstáculos que hay que vencer en estos casos y que no sólo tienen su origen en la eterna imprevisión de nuestros Gobiernos, sino también en los prejuicios de las gentes, incluso de las que pasan por ilustradas, en el choque de intereses encontrados y hasta en las disposiciones que adoptan algunas autoridades, á quienes guía más el buen deseo que el acierto. La lectura de este trabajo, además de instructiva es amena, porque con el colorido que el autor sabe dar á sus descripciones, le parece al lector que asiste á las reuniones que tuvo que presidir, á los viajes que se vió obligado á realizar, á las estaciones sanitarias cuya instalación tuvo que di-

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

rigir ó inspeccionar, y que toma parte en los variados episodios que ocurrieron en estas distintas fases de su labor higiénico-administrativa.

La más extensa de todas las Memorias es la del Dr. Montaldo y no es extraño, dada la comisión respectiva que era «conocer con toda seguridad y exactitud técnicas, el curso y vicisitudes de la epidemia, y adquirir constantemente los estudios, observaciones y resultados científicos allí (en Oporto) obtenidos para el mayor acierto en las resoluciones sanitarias del Gobierno». El autor, cumpliendo su cometido, hizo, en los tres meses que permaneció en Oporto, un estudio personal de la epidemia, y en las ciento y treinta y tantas páginas que comprende su trabajo, expone detenidamente el resultado de su labor, toda ella interesante y nutrida de datos útiles para el clínico y para el higienista. Mención especial merecen el capítulo relativo á la higiene profiláctica, donde se ve que á pesar de algunas deficiencias, las autoridades de Oporto secundaron los preceptos que les dictaba un Cuerpo médico competentísimo, y el relativo á las autopsias, tanto por el interés é inteligencia con que revela que se llevaron á cabo, como por los resultados que suministraron y que han venido á llenar en el estudio de la peste un verdadero vacío.

III

Declara el autor de esta Memoria del Doctorado en el preámbulo de la misma, que no pretende exponer hechos nuevos de observación personal, y en efecto, se limita á dar una idea de los orígenes del calor en general y del calor animal en particular, ó sea de la termogenesis, de los mecanismos por virtud de los cuales pierde calor el cuerpo ó sea de la termolisis, y por último, de la termotaxis, es decir, de los procedimientos de que se vale el organismo animal para mantener constante su temperatura á pesar de las variaciones en la del medio ambiente.

Todo esto lo expone el Dr. Torremocha como prometía, es decir, sin aportar nada nuevo, pero dando muestras de conocer lo que han hecho los autores que han estudiado estos asuntos, tanto en el terreno experimental como en el clínico, y lo hace en forma metódica, casi diría didáctica, por todo lo cual, no es extraño que su trabajo haya merecido honrosa calificación del Tribunal que tuvo que juzgarlo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesiones de los días 16 *y* 23 *de Junio de* 1900.

Radiografía de cavernas pulmonares.—El Dr. Espina: Es muy posible que no se haya fotografiado una caverna con la claridad que se observa en la radiografía que he presentado. Al enfermo correspondiente le he hecho cuatro inyecciones de cinamato de sosa, y han sido tales las modificaciones sufridas en los signos físicos, que he presentado esta radiografía como medio diagnóstico de las cavernas, muy superior á los medios ordinarios de auscultación y percusión, y como situación especialísima de las cavernas, lo cual puede servir de dato acerca de la pretendida ley de la bilateralidad de las lesiones tuberculosas y de su simetría.

A propósito del Congreso para el estudio de la tuberculosis, celebrado en Nápoles. — El Dr. Mariani: No con objeto de discutir las conclusiones de dicho Congreso, sino con el deseo de aclarar algunas de las ideas absolutas expuestas aquí por el Dr. Espina, voy á decir lo siguiente: A la idea de que el organismo no tiene ninguna importancia en el desarrollo de la tuberculosis y la reune toda el bacilo, haré dos observaciones: 1.ª Que si así fuera, no habría los infinitos casos de tuberculosis curados sin tratamiento, es decir, de un modo espontáneo, y 2.ª, que á pesar de que en las mucosas de las fosas nasales y de los bronquios de todos los médicos de los hospitales que respiran el aire de los tuberculosos existen bacilos de Koch, no contraen, sin embargo, dicha enfermedad la inmensa mayoría de ellos. Además, en todas las obras que se ocupan de este asunto, se habla de las condiciones del terreno y de la necesidad de que el terreno sea suficientemente apto para el desarrollo del bacilo. El contagio de la tuberculosis es innegable, pero no es absoluto; si la tuberculosis fuese tan contagiosa como se ha dicho, nadie estaríamos aquí, y la humanidad habría desaparecido. Creo, por lo tanto, que no se debe propalar la idea de contagio de una manera tan absoluta, porque redundaría en perjuicio de los pobres tuberculosos. La curación de la tuberculosis no es absoluta, sino relativa. Los que se curan son los presuntos tuberculosos, los que tienen tuberculosis de formas tórpidas, localizadas; no se puede aceptar que la generalidad de los tuberculosos curen en un 80 por 100. Los que tienen cavernas del tamaño de un limón, ó los que tienen hemoptisis abundantes ó una tuberculosis granulada ó infiltrada, para éstos no hay Sanatorio ni tratamiento, porque son los verdaderos tísicos. El médico debe vigilar en su clientela y el Estado en sus talleres ó fábricas, aquellas personas que se van debilitando y están expuestas á la tuberculosis, porque en éstas se pueden obtener muchas curaciones, lo

que no cabe pensar cuando llegan los tísicos en un período que no tienen pulmones.

De la epidemia de fiebres tifoideas recientemente observada en esta Corte. — El Dr. Iglesias: Ni lo que yo he tenido ocasión de observar en mis enfermos, ni lo que aquí se ha manifestado, autorizan para asegurar que ha reinado en Madrid una epidemia de fiebres tifoideas. Los casos de fiebre tifoidea han sido en menor número, y si hubiera de atenerme á mi clientela, diría que había estado en la proporción de un tifoideo para cada doce febricitantes. Por otra parte, no puede olvidarse que en ningún análisis de las aguas potables se ha encontrado el bacilo de Eberth, así como tampoco en el aire, ni en la leche, ni en el suelo, ni en los objetos que rodean ó están en contacto con él hombre. Además, el número de fallecidos ha sido muy escaso en relación á otras epidemias; por lo tanto, insisto en que no ha habido razón bastante para afirmar que se ha padecido una epidemia de fiebres tifoideas. Tampoco estoy dispuesto á admitir que se haya tratado de infecciones intestinales conocidas con el nombre de coli-bacilosis, aunque no se puede negar que se han observado algunos casos de esta clase. Conocidos cuantos datos referentes al coli-bacilo son del dominio de la ciencia y comparándolos con el síndrome que he observado en la mayoría de mis enfermos, entre los cuales recuerdo tres que prueban mi aserto, vése que tengo sobrado motivo para afirmar que al menos en mis enfermos no ha debido admitirse la infección intestinal.

El Dr. Iglesias: Ni en las aguas potables, ni en otros medios se ha encontrado el agente patógeno de la enfermedad reinante. Ningún análisis ha demostrado la presencia del bacilo de Eberth y en cambio la presencia del coli-bacilo, demostrada en todas las aguas, no pudo ser la causa de la epidemia, porque en la mayoría de los enfermos no se ha visto el cuadro morboso propio de la coli-bacilosis y porque el mismo microbio se ha demostrado en otras ocasiones y aun puede decirse que se halla normalmente en las aguas. Mi opinión es, por tanto, que no pueden reducirse á un sólo tipo morboso los casos de fiebres reinantes en la época á que nos vamos refiriendo; que se observaron la mayor parte de las especies admitidas por los piretólogos más acreditados; algunos casos de fiebre tifoidea, coli-bacilosis ó infecciones intestinales, de fiebres catarrales y catarrales reumáticas, que ahora se llaman grippales, de semi-tercianas y malignas de los tipos continuo, intermitente y remitentes. Es mi opinión que las alteraciones del aire atmosférico han podido ser la causa de las enfermedades reinantes; pero es evidente que no conocemos, respecto á las condiciones del aire de Madrid, en la época á que se alude, sino su presión, temperatura, humedad, oscilaciones, vientos radiantes, etc.; respecto á química y microbiología del aire, nada se ha hecho, aunque no ignoro que la difusión del aire constituye una gran dificultad para esta clase de estudios. Respecto á las aguas potables he de insistir en que nada se ha demostrado que aclare el problema etiológico. Por lo que toca á la naturaleza de las enfermedades reinantes, he de decir que el elemento morboso en ellos predominante ha sido el atáxico; el sistema nervioso ha sido el principalmente afectado como sucede en la grippe y en la infección tifoidea. El tratamiento ha tenido que ser muy variado como lo han sido los casos observados. En algunos enfermos ha podido ser

conveniente el tratamiento espectante, pero los baños generales templados casi siempre, frescos pocas veces y fríos en alguna ocasión, han sido muy útiles, lo propio que los vomitivos y purgantes. También han dado buenos resultados en algunos casos los preparados quínicos, las emisiones sanguíneas generales ó locales, los revulsivos, los tónicos generales y especiales y los antiespasmódicos.

El Dr. Casaña continuó la lectura de la biografía del Dr. D. Manuel Rico.

El Sr. Presidente *hizo un resumen de las tareas en que se había ocupado la Academia y se dieron por terminadas las sesiones científicas públicas del presente curso.*—CODINA CASTELLVÍ.

PERIÓDICOS

Sobre un procedimiento ¿original? en el tratamiento de la estrechez y oclusión naso-faríngea.—El Dr. D. Francisco Rueda, publica en los *Archivos latinos de Rinología, Laringología y Otología*, de Barcelona, las siguientes consideraciones:

¿Qué hace hoy el práctico al presentarse á su observación un caso concreto? Pues idear sobre el terreno un procedimiento aplicable al ejemplar en cuestión, en el convencimiento de que no puede ser aplicable para los demás que puedan presentarse; algo parecido á lo que ocurre con las estenosis cicatriciales laríngeas, que unas son tributarias de la dilatación á lo Schrötter; otras precisan la previa sección cruenta intra-laríngea, cual precisa la laringofisura y extirpación del tejido inodular, siendo otras atacables por la vía traqueal, sirviéndose de cánulas especiales, en todas partes descritas.

Refiere el Dr. Rueda, la historia en que el procedimiento en cuestión fué empleado.

La señora N., de cuarenta y dos años, con una completa historia de infección sifilítica, padece, desde hace dieciocho, de una oclusión naso-faríngea, originándose, por efecto de la no interrumpida respiración bucal, frecuentes ataques de laringo-tráqueo-bronquitis.

Aparte de los síntomas tanto atribuibles á la influencia catarral de las vías respiratorias como á los dependientes de la oclusión y que por no importarnos para el caso dejamos en olvido, nótase que el velo del paladar, cuya estructura musculo-mucosa parece bien conservada, está soldada en toda la extensión de su borde libre á la pared posterior faríngea de una línea curva transversal de concavidad inferior á un nivel inferior, al de la línea horizontal formada por el borde posterior de los huesos palatinos. Una sonda metálica de Itard, pasada por las fosas nasales y pasada su extremidad encorvada sobre la cara superior del tabique oclusor, nos demuestra que la soldadura es lineal, de modo tal, que la cara superior del paladar blando forma un suelo al espacio post-nasal, y cual si la unión se hubiera realizado instantáneamente en el momento que á la deglución realiza el velo palatino su movimiento de ascensión.

Llama el Dr. Rueda un tanto la atención sobre la circunstancia de ser li-

neal la unión, pues para los efectos del método empleado y del éxito terapéutico, varía mucho según la unión sea de superficie extensa ó estrecha, sea regular ó irregular.

Ahora bien ; dada una oclusión como la precitada, el problema era este : determinar el tratamiento racional, para obtener una abertura permanente en las mejores condiciones para el establecimiento de la respiración nasal con sus adelantos de mejora de la fonación, calefacción é higrometrización del aire inspirado.

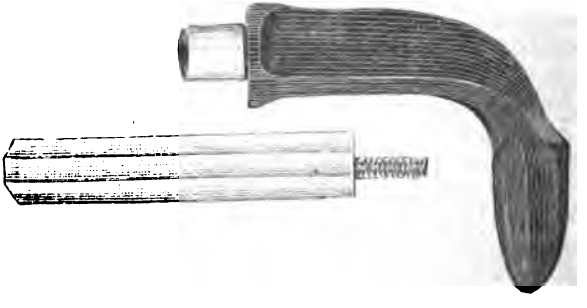
He aquí el procedimiento empleado :

Comenzó el Dr. Rueda por introducir por una fosa nasal una sonda metálica de la trompa con su extremo curvo dirigido hacia abajo, la que, guia la hasta el punto de soldadura, entre el paladar blando y la faringe, llegó á formar relieve en las fauces, sirviéndole de guía para practicar una incisión con bisturí. Practicado un pequeño ojal, introdujo por él la rama abotonada de una larga tijera acodada en sus hojas sobre el plano y con dos vigorosos cortes á derecha é izquierda, dejando un ancho espacio para el paso del aire.

El primer tiempo estaba realizado con dolor y hemorragia insignificantes.

Se le ocurrió que esta maniobra hubiera sido practicada con una facilidad elemental si hubiera dispuesto de un instrumento sobre el tipo del litotomo doble empleado en la talla bilateral de Dupuytren, idea que sugestiona al que primero tenga la oportunidad de poderlo usar, construído con las modificaciones *ad hoc*, atendida la disposición anatómica de la región.

Para llenar el segundo propósito, el de mantener permanente la dilatación adquirida, y conociendo lo fatal del restablecimiento de la soldadura, si á ello no se oponen medios eficaces, mandó construir al instrumentista Sr. Escribano el siguiente instrumento, del que la figura adjunta hace ociosa toda descripción detallada.



Compónese de un mango universal metálico de suficiente diámetro para ser empuñado cómodamente, á cuyo extremo pueden atornillarse bujías de caoutchouc ó metal, dispuestas de modo que siendo la sección transversal aproximada á una elipse aplastada, aparecen encorvadas sobre el plano, según un ángulo recto redondeado, disposición que parece la más adecuada para ser pasado el instrumento por la boca hasta el espacio naso-faríngeo, á través de la incisión. El extremo convexo de la bujía, donde disminuye el diámetro transversal, facilita su penetración por la herida.

De tales bujías puede adoptarse un diámetro adecuado al de la abertura obtenida por la incisión, el cual variará en cada caso. En el historiado se obtuvo una dilatación de 3 centímetros, la que le pareció suficiente para el fin propuesto.

Este sencillo instrumento es pasado por la misma enferma dos veces diarias, manteniéndole en la abertura durante diez minutos, lo que con el hábito se consigue sin pena.

Hoy, después de más de seis meses en que el tratamiento fué empleado, el resultado es tan perfecto como en el principio, y es de esperar que el éxito sea definitivo.

Un caso de pústula maligna.—El Dr. D. Arturo Monge, publica en los *Anales Médicos Gaditanos*, el siguiente caso clínico :

El paciente, D. Francisco Durán y Garrido, joven de dieciocho años de edad, de temperamento linfático. de buena constitución, se manifestó á la observación en las primeras horas de la noche del día 14 de junio y examinado, presentaba una escara del dermis, negra, del diámetro de una moneda de dos céntimos, circundada por una aureola eritematosa, situada en la región cervical, lateral izquierda, correspondiendo á la parte posterior del lóbulo de la oreja, implantada sobre una zona circular de endurecimiento del tejido celular subcutáneo, como de 6 á 8 centímetros de diámetro, edema inflamatorio, con piel erisipelatosa, difuminándose por las regiones posterior y anterior del cuello, llegando hasta el pecho, sin anillo de vesículas, calor urente, dolor, algo de disfagia, temperatura de 40° y 120 pulsaciones.

Hacía cuatro ó cinco días que el enfermo habíase notado un granito, que no le producía más que picor, que rascándose se abrió, dando salida á una pequeña cantidad de humor. El día 13, el anterior á la primera visita, notó que el sitio se hinchaba y ponía doloroso y que el día 14 en su tarde se vió obligado á recogerse.

Aceptó el caso como muy probable de infección carbunculosa y sin preocuparse por qué medios se había efectuado el contagio, bajo este concepto procedió en el acto á incindir la escara sin herir los tejidos sanos, cauterizó con ácido fénico cristalizado y envolvió toda la región afectada con una cura húmeda y tibia al timol.

En la visita de la mañana siguiente, día 15, el edema inflamatorio parecía á la apreciación más bajo, la temperatura había descendido á 39°,3, el estado general no presentaba de momento nada alarmante, le cubrió la parte lesionada con una mezcla cáustica y antiséptica de ácido salicílico y bórico finamente pulverizados (Bernhein). Se propone una nueva cauterización con el ácido fénico, acordándose por indicación del Dr. del Toro, que si empeorase el estado del paciente, se le hiciese una aplicación de cauterio actual con el aparato de Paquelin.

En la noche del día de una consulta, la fiebre ascendió á 40°,3 se presentó ligero sopor y delirio, algunos espasmos, ansiedad epigástrica, naúseas, vómitos, permaneciendo en el mismo estado los síntomas locales.

A la mañana siguiente, día 16, la fiebre había descendido poco, 39°,7, el estado general era el mismo que en la noche anterior, por lo que, á las

siete de la mañana, le hizo una cauterización con el termo de Paquelin, procurando profundizar y destruir todo el tejido esfacelado : á la una de la tarde de dicho día, á beneficio de lo actuado, la fiebre había descendido á 38 y á las diez de la noche á 37°,6.

Todo el día 17 la temperatura permaneció en 37, el día 18 se hace normal, mejora el estado general, el enfermo se encuentra animoso, duerme bien, tiene excelente apetito y sólo queda de lo pasado la eliminación de la escara, la reparación de la pérdida de substancia, la regresión de la zona de endurecimiento, procesos pausados en su evolución.

Después de algunas oportunas consideraciones acerca de la patogenia y diagnóstico de la pústula maligna dice : la terapéutica de la pústula maligna consiste en una intervención enérgica del sitio contaminado, ya por lo que se llama tratamiento antiséptico, ó bien por el quirúrgico.

Para limitar los efectos de la dolencia por el primero, se ha recurrido á las inyecciones subcutáneas de soluciones de ácido carbónico, de fenosalol, de ácido salicílico, de tintura de iodo, al mismo tiempo se levanta la escara y se cauteriza con el ácido fénico cristalizado ó con fenosalol puro, cubriendo la superficie con polvo de substancias antisépticas.

El tratamiento quirúrgico, conocido de todos, consiste en la incisión ó ablación de los esfacelos, seguida de la cauterización actual ó potencial.

Ahora bien, los efectos producidos por el cauterio actual fueron en nuestro enfermo instantáneos y evidentes ; á las siete de la mañana del día de su aplicación la temperatura era de 39°,7, bajó á las pocas horas á 38 y en las últimas de la noche á 37°,7, continuando normal los días que subsiguen ; mejora el estado general grave, producto de las toxinas absorbidas, que en veinticuatro horas se hace fisiológico.

El Dr. Monge deduce las siguientes conclusiones :

1.ª Abstención de toda incisión ó ablación de las escaras, por temor que si se descubren tejidos sanos, podamos extender el terreno de cultivo y aumentar los efectos de la infección.

2.ª Cauterización actual, que obra inmediatamente, determina dolor pasajero, no extiende su acción sino al punto que se aplica, dependiendo de la voluntad del operado la profundidad y extensión de la causticidad.

3.ª Desechar por completo los caústicos químicos, que producen grandes destrozos, dolor continuado y aún envenenamiento, si hay absorción.

4.ª Si no se obtuviese el resultado apetecido con el cauterio actual, sólo en este caso, emplear las inyecciones fenicadas recomendadas en el tratamiento antiséptico, como las menos nocivas. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 28 *de Agosto de* 1900.

Dificultad de extracción de la cánula después de la traqueotomía.—El Profesor Grancher leyó un informe sobre un trabajo del Dr. Moure (de Burdeos), relativo á este asunto.

El Dr. Moure ha observado, que esta dificultad de extracción de la cánula, ocurre cuando la traqueotomía se hace muy arriba, es decir si no en la especie crico-tiróidea al menos sobre el cartílago cricoides. En efecto, si este cartílago ha sido seccionado puede sobrevenir, á causa de la separación de las dos ramas de su anillo, una inmovilidad parcial primero y definitiva después de las articulaciones crico-aritenoideas, porque estos dos aritenoides se hallan entonces próximos uno á otro y casi juntos á consecuencia de la dislocación de sus superficies articulares. En la infancia el cricoides se encuentra tan cerca de la región subglótica, que la cánula tarda poco en originar por su presencia la inflamación de la mucosa adyacente, á veces una verdadera pericondritis.

Como conclusión : Es preciso siempre tomar por guía la parte inferior del tiroides, ó mejor todavía el anillo cricoides para hacer la incisión sobre el primero y de preferencia sobre el segundo anillo de la tráquea, pero jamás sobre el cartílago cricoides.

Cuando se ha producido esta lesión conviene dejar la cánula permanente el menos tiempo posible.

Si no se tiene esta precaución y sobrevienen fenómenos de estenosis, la primera indicación es introducir de nuevo la cánula en la tráquea, es decir, practicar la traqueotomía debajo del punto abierto primitivamente, y después esperar que todo entre en orden. Pero cuando la cánula ha producido á su alrededor la pericondritis verdadera, la traqueotomía baja es insuficiente y para favorecer la respiración es preciso recurrir á la dilatación laringea, á la intubación y quizá á la laringo-fisura (tirotomía media).

Hemorragias neuropáticas de las vías respiratorias (epistaxis y hemoptisis).—El Dr. Lancereaux : Estas hemorragias, las más frecuentes entre las de origen nervioso, se producen de ordinario en las fosas nasales, más rara vez en la faringe y en los bronquios.

Las epistaxis, más comunes en la juventud que en la edad avanzada, principian, por decirlo así, la serie de las hemorragias neuropáticas cuya regla es la repetición.

Los cambios de estación, y en particular el paso del invierno á la primavera, favorecen estas hemorragias, de igual manera que el frío, el calor y la

luz. Las causas psíquicas influyen también por desequilibrar el sistema nervioso.

El examen rinoscópico y la observación clínica, demuestran que están subordinadas á un trastorno del sistema nervioso ciertas epistaxis llamadas espontáneas, entre las que figuran las suplementarias de la menstruación.

Las *hemoptisis* son accidentes comunes hacia fines del período de crecimiento. Estas hemorragias se atribuyen casi siempre á la tuberculosis y han ilusionado muchas veces á los médicos respecto á la curabilidad de dicha afección.

He observado muchos enfermos considerados como tuberculosos y que á pesar de una ó más hemoptisis tenían los pulmones completamente sanos.

Los reumáticos crónicos, los gotosos y los histéricos, están predispuestos de una manera especial á esta manifestación.

Las desviaciones del flujo menstrual, son causas bien conocidas de hemoptisis, observadadas por muchos autores.

Estas hemorragias, que suelen alternar con jaquecas, dolores reumáticos, hemorroides, trastornos menstruales, etc., son precedidas siempre de fenómenos prodrómicos, disnea, peso torácico, á veces cefalea, etc., no alteran de un modo sensible la salud, porque la anemia que producen es ligera, excepto cuando se repiten con frecuencia ó son abundantísimas. En ciertos casos hasta mejoran al parecer la salud corrigiendo el malestar general, los dolores vagos, los vértigos, etc. La sangre expulsada por los vómitos ó expectorada después de la tos, es roja, rutilante, á veces abundantísima, y en general, poco coagulable. Estas hemorragias suelen seguir una marcha intermitente y duran de ordinario pocos días.

La profilaxis de estas hemoptisis consiste en combatir las fluxiones y en modificar, por la hidroterapia y el ejercicio muscular, la excitabilidad nerviosa, que es la causa eficiente.

El tratamiento tendrá por objeto, combatir el trastorno vaso-motor ó el trastorno nervioso que origina la hemorragia. Están indicados el reposo absoluto, los opiáceos, la ergotina y la quinina.

Uno de los medios mejores para corregir estos accidentes, es el empleo de una poción emética compuesta de 2 gramos de ipecacuana en polvo, que hace contraerse los vasos del aparato respiratorio.—F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de Cirugía general.

Anastomosis intestinales y gastro-intestinales.—El Dr. Roux (de Lausania): La anastomosis tiene por objeto desviar el curso de los alimentos á causa de los peligros ó de los inconvenientes de su permanencia ó de su paso en ciertos puntos del conducto gastro-intestinal ó de uno ó más obstáculos que sería imposible, peligroso ó inoportuno suprimir.

Constituye una operación paliativa en apariencia, pero que muchas veces resulta curativa. Figura en un término medio por sus peligros, su técnica y sus resultados entre las fístulas (fístula del yeyuno, enterostomía, ano contra-natural), y la operación radical (pilorectomía, excisiones de tumores, de asas enfermas).

La anastomosis procede por aposición lateral. Es la más práctica de las reuniones intestinales.

a) Porque exige menos exactitud;

b) Porque permite una confrontación más extensa, sin temor á formar un diafragma, una válvula;

c) Porque exige una abertura de longitud ilimitada, pero sujeta á estrechez ulterior;

d) Porque es independiente de los calibres que ha de reunir.

Es la más accesible á todos los operadores.

Entero-anastomosis. — *Afecciones agudas:* La anastomosis está contraindicada: 1.° Cuando el estado del enfermo sólo permite la enterostomía; 2.°, cuando el estado de los intestinos exige, bajo pena de muerte, la supresión inmediata de una ó más asas; en ciertos casos puede combinarse con la extraperitonealización de dichas asas (hernia estrangulada, por ejemplo); 3.°, cuando el estado del enfermo, el del intestino y la habilidad de la operación permiten hacerlo mejor.

Está indicada: 1.° Cuando sólo se desea obtener el restablecimiento del curso de las materias, sobre todo si una operación más radical parece demasiado larga ó peligrosa; 2.°, de igual manera después de corregir la invaginación ó torsión, si se teme por la peristalsis.

Afecciones crónicas: A) La anastomosis se preferirá en el caso de adherencias numerosas en las que ofrece más probabilidades, haciendo abstracción de la naturaleza del mal. — B) Será la operación definitiva: 1.° En los casos de tumores inoperables; 2.° Cuando existen ciertos focos inflamatorios complicados, múltiples, inaccesibles (tuberculosis con infiltraciones, actinomicosis). C) Se recurrirá á la anastomosis como operación preliminar: 1.° En los tumores operables en enfermos muy débiles (por un principio de oclusión, por ejemplo); 2.° en las afecciones inflamatorias con senos, fístulas pioestercorales externas ó genitales, etc., que suelen curar por esta primera intervención, si se tiene cuidado de combinar la anastomosis con la exclusión unilateral, lo que sólo exige dos ó tres minutos, y conviene en los casos de las clases B y C.

La existencia es compatible con metro y medio de yeyuno y la mitad del colon, estando excluído el recto. No se temerá, por lo tanto, alejarse mucho del foco enfermo para operar sobre asas sanas.

Anastomosis gastro-intestinal.—La gastro-enterostomía menos peligrosa precede á la pilorectomía como operación preliminar, si el estado del enfermo lo permite. Es poco práctica. La sustituye si el tumor es inoperable. Debe siempre completarla para que el enfermo obtenga el beneficio de la operación radical y de la paliativa, cuando sobrevenga la recidiva formando un nuevo píloro alejado lo más posible del antiguo.

En las afecciones no cancerosas del píloro y del estómago en las que es de desear una evacuación má fácil del contenido gástrico, la gastro-enteros-

tomía es preferible á la pilorectomía y á la piloroplastia, porque es más fácil, de igual eficacia en su forma duodenal ó como duodenostomía.

La anastomosis gastro-intestinal conserva todos sus derechos en las afecciones del duodeno. Equivale á la gastroplastia en el estómago bilocular, á la excisión en la úlcera simple como técnica y como resultados. Es superior á la gastroplicatio y á la gastropexia. Es ideal practicándola en forma de Y.

Para los operadores hábiles la sutura es el método electivo porque permite obtener la reunión de la mucosa por primera intención y porque permite un tratamiento post-operatorio «sin molestia». El botón de Murphy, el mejor de los «accesorios» del género, se reservará para los casos, muy numerosos, en que necesita contarse los minutos: se obtienen con él éxitos inesperados.

En todas estas operaciones sorprende la proporción de las muertes por pneumonías que no se explican suficientemente por la narcosis.

El Dr. Souligoux (de París): El estómago se ha hecho un órgano esencialmente quirúrgico; sólo se libran de la intervención las dispepsias quirúrgicas. En el caso de estenosis cicatriciales del píloro, ó de la primera parte del duodeno, la gastro-entero-anastomosis es la operación electiva, la única permitida porque carece casi de peligro, la que conjura todos los accidentes y permite recobrar la salud. Es menos grave y más segura que la pilorectomía ó la gastroplastia.

En las estenosis de origen canceroso, es la que más se emplea. Sólo se preferirá la pilorectomía en los casos de cáncer incipiente, sin adherencias hepáticas, pancreáticas ó cólicas, sin invasión de los ganglios preaórticos, pancreáticos y hepáticos, siempre que no haya generalización; en una palabra, cuando es fácil de practicar á condición de adoptar la técnica recomendada por Hartmann y Cuneo. La gastro-entero-anastomosis suele ser el complemento necesario de la pilorectomía cuando se han hecho resecciones extensas del estómago y del duodeno.

En el caso de úlcera del estómago en vías de evolución, la anastomosis gastro-yeyunal es utilísima, no para contener las hemorragias, sino para dejar el órgano en reposo y permitir que cicatrice la úlcera.

En el estómago bilocular de origen cicatricial, la gastro-entero-anastomosis es la operación electiva, superior á la gastroplastia.

En las dispepsias, cuando el enfermo no mejora con el tratamiento médico, cuando persisten los fenómenos de retención alimenticia con dolores fuertes, causa de contractura del píloro, es la operación de necesidad; practicada á su debido tiempo es poco grave y permite al estómago curarse abriendo una vía de salida al contenido gástrico.

El método de von Hacker es el mejor cuando es posible; la vía anterior sólo se seguirá cuando sea imposible practicar la anastomosis posterior.

La operación más completa fisiológicamente es la de Roux; pero la vía posterior, que evita la mayor parte de los accidentes de círculo vicioso, es preferible emplear los procedimientos de suturas, de botones anastomósicos ó de magullamiento; es más rápida y menos grave. Cuando resultan fenómenos de oclusión por acodamiento, se practicará una anastomosis secundaria yeyuno-yeyunal.

Tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del hígado. — El doctor T. Jonnesco (de Bucarest): En los quistes hidatídicos del hígado se practican actualmente cuatro operaciones: 1.ª, punción, seguida ó no de inyecciones parasitarias; 2.ª, marsupialización; 3.ª, incisión seguida de evacuación y sutura del quiste; 4.ª, enucleación y extirpación del quiste. Esta última operación ideal, rara vez es aplicable. La punción se ha abandonado por insegura y peligrosa. La marsupialización, á causa de la duración del tratamiento, sólo debe emplearse en los quistes supurados y en aquellos en los que la degeneración calcárea de la adventicia no permite la retracción de la bolsa. La operación electiva es la incisión del quiste con evacuación de su contenido; líquido, vesículas hijas y membrana germinativa, sutura y abandono de la bolsa sin desagüe ni fijación á la pared abdominal. He operado así con éxito seis casos. El derrame de bilis en el quiste, no contraindica este tratamiento.

Datos para la terapéutica quirúrgica del absceso del hígado. — El Dr. Giordano (de Venecia): No es una enfermedad de los países cálidos. Se observa también en los alcohólicos. Desde 1894 he operado 72 abscesos del hígado. La punción exploradora no tiene gran valor, pero en cambio la laparotomía de colgajo costal merece toda confianza y permite descubrir con el dedo los focos de hepatitis supurada que, al principio, en vez de ser fluctuantes simulan un tumor perdido en el hígado. Se proteje el peritoneo con una gasa y se desbrida el absceso cuya cavidad se tapona después con gasa. De 72 enfermos operados así, curaron 42 y murieron 30, lo que da una mortalidad de 41'6 por 100.

Tratamiento de los abscesos del hígado. Peligro del método de Little. — El Dr. Hache: He empleado la incisión franca en 18 casos, perdiendo 2 enfermos por peritonitis. El mejor medio de evitarla es la incisión extensa de la pared abdominal y la sutura del hígado á esta pared. Aconsejo elegir para la incisión la vía que conduzca más directamente al absceso; cuando éste es muy voluminoso, prefiero la epigástrica. Las punciones exploradoras deben preceder á la incisión del hígado que se hará siempre sobre un trócar que ha penetrado hasta la bolsa y sirve de conductor. De 19 enfermos de absceso hepático he perdido 7, 4 por recaída ó persistencia de la diarrea y 3 por peritonitis.

Esplenectomía. — El Dr. T. Jonnesco (de Bucarest): La esplenectomía está contraindicada en la hipertrofia leucémica del bazo, aunque el estado general y el local parezcan satisfactorios. He operado 3 enfermos y los 3 murieron de leucemia.

La esplenectomía es la operación electiva en los quistes hidatídicos del bazo. En la esplenomegalia palúdica (28 operados, 8 muertes), la extirpación del bazo está siempre indicada, pero teniendo presentes las contraindicaciones que resultan: 1.ª, del estado del hígado, principalmente la cirrosis atrófica; 2.ª, de las adherencias parietales muy extensas; 3.ª, de la ascitis muy pronunciada; 4.ª, de la pleuresía; 5.ª, del estado general grave á causa de lesiones viscerales, hepáticas ó renales.

La operación es tanto más fácil y benigna, cuanto más movil y dislocable es el bazo; el bazo fijo, pero no adherente, hace la hemostasia difícil, pero no imposible.

Las complicaciones post-operatorias más frecuentes son: la congestión pulmonar que puede llegar hasta la pneumonía; la pericarditis, la pleuresía, la hemorragia local secundaria, la peritonitis. Esta última puede evitarse, empleando para la sutura de los pedículos sólo el catgut fino suficiente para asegurar la hemostasia y sobre todo, ligando cada pedículo en 2 ó 3 planos.

Después de toda esplenectomía apirética, se observa aumento de las propiedades tóxicas de la orina.

El efecto terapéutico de la extirpación del bazo en la infección palúdica, es excelente.

La esplenectomía, sin trastorno local, debe aconsejarse como tratamiento curativo del paludismo, siempre que el bazo esté sensiblemente aumentado de volumen, que la enfermedad sea refractaria al tratamiento médico y esto para evitar las lesiones graves del bazo, la caquexia palúdica y la formación de adherencias.

La esplenectomía en la esplenomegalia palúdica.—El Dr. Michaïlowsky (de Sofía): Desde 1897 he practicado 16 veces esta operación, 15 veces en enfermos palúdicos y 1 por quiste hemático (post-traumático) del bazo.

Saco de estos casos las conclusiones siguientes:

Respecto á la incisión abdominal, creo que es preferible siempre la media, guiándose por la modalidad del bazo que puede ser adherente, fijo, móvil ó ectópico.

Si sobreviene una hemorragia durante la operación, cojo con la mano izquierda los vasos esplénicos, comprimo la cola del páncreas y mando á mi ayudante que aplique ligaduras sobre el pedículo.

En los pedículos gruesos, aplico por precaución dos ligaduras á un centímetro y ligo después por separado cada vaso. La herida del abdomen la cierro por medio de tres planos de sutura con seda. Las consecuencias operatorias son benignas.

Como complicaciones post-operatorias, he observado una elevación de temperatura inmediatamente después de la operación, debida á la pleuropneumonía.

El embarazo coexistente no contraindica la esplenectomía.

De mis 16 operados de esplenectomía, sólo he perdido 1 por pleuro-pneumonía izquierda.

La nirvanina en cirugía.—El Dr. Braquehaye (de Túnez): Las ventajas de la nirvanina son:

La disolución al 4 por 100 tiene propiedades análogas á las de la cocaína. La disolución al 2 por 100 es muy débil. La anestesia dura media hora.

La disolución al 1 por 100 no cultiva el estreptococo ni el estafilococo. La bacterídia carbuncosa se desarrolla en las disoluciones al 4 por 100, pero sus propiedades virulentas están muy atenuadas.

Las propiedades anestésicas de la nirvanina no disminuyen por la ebullición ni por la esterilización á 120°.

Inyectada á la dosis de medio á un gramo, jamás produce accidentes ni aun en los viejos y albuminúricos. La anestesia principia á los cinco minutos de la inyección. La he empleado en más de 1000 casos sin observar accidente alguno. Los únicos casos desfavorables para la anestesia, son aquellos de tejidos inflamados ó cicatriciales.

Como las inyecciones de nirvanina son vaso-dilatadoras, resulta una hemorragia que puede disminuir inyectando una disolución al 1 por 100 de extracto glicerinado de cápsula supra-renal.

Anestesia por las inyecciones de cocaína en el conducto vertebral. — El Dr. Severeanu (de Bucarest): La dosis de cocaína inyectada, ha variado de 1 á 4 centígramos. Si el enfermo está muy débil, tiene náuseas y hasta vómitos que pueden durar dos y tres días. Lo más penoso es la cefalalgia que va acompañada de debilidad alarmante. No he observado accidentes mortales. Otro inconveniente es que el enfermo observa la operación y se impresiona casi siempre. El método es peligroso y necesita una gran vigilancia. Contra los accidentes se emplean las inyecciones de cafeína, de éter y de suero artificial.

Inyecciones intra-aracnoideas de cocaína.—El Dr. Tuffier (de París): He empleado este procedimiento en 25 operaciones diferentes. La dosis inyectada no debe exceder de 1 centígramo á centígramo y medio de cocaína. Se obtiene siempre la anestesia completa. Cuando fracasa, es porque se emplea una disolución mala ó no penetra en la cavidad de la aracnoides.

Los accidentes son debidos á la cantidad elevada de cocaína. Las lesiones cardíacas no contraindican este método de anestesia.

Tratamiento de los tumores malignos por los compuestos de arsénico. — El Dr. C. Trunecek (de Praga): El tratamiento radical del cáncer epitélico consiste en tocar la superficie cruenta del neoplasma con la mezcla siguiente: ácido arsenioso, 1 gramo; alcohol, 75; agua, 40. El tejido canceroso se transforma en escaras que al desprenderse dejan una herida granulosa ordinaria que cura con un tratamiento antiséptico.

He utilizado este método en el tratamiento de los sarcomas superficiales y ulcerados. Si el tumor no es muy grande y el enfermo no está debilitado, puede obtenerse así la curación completa.

En los sarcomas se puede estudiar mejor las diversas fases de este tratamiento, porque su tejido es homogéneo. La parte tocada queda anémica; el tejido es de forma y consistencia normal, pero no contiene sangre, de modo que aun las heridas profundas sólo dan salida á un líquido seroso. Después la superficie toma un color subido y el tumor se transforma poco á poco en una masa apergaminada, tan dura, que apenas puede cortarse. Basta tocar la superficie, para que se necrose el tumor á varios centímetros de profundidad; pero si se quiere acelerar algo el tratamiento, se extirpan con tijeras las partes superficiales necrosadas. Cuando todo el tejido neoplásico está mortificado, sobreviene una inflamación limitadora, á consecuencia de la cual, el neoplasma se elimina como un cuerpo extraño.

De este modo, es posible extirpar sin hemorragia alguna hasta tumores vasculares, que sangran espontáneamente. En vez del ácido arsenioso, pueden emplearse sus compuestos, sobre todo el arseniato de sosa y de potasa; pero conviene advertir, que como se absorben con rapidez, constituyen medios mucho más peligrosos.

Cáncer de la mejilla.—El Dr. H. Morestin (de París): Los cánceres bucales son relativamente frecuentes. Sus sitios predilectos son los labios, la lengua, el suelo de la boca. Se desarrollan rara vez en la mucosa palatina y en el velo del paladar. La mejilla ocupa el término medio en esta escala.

En la mayor parte de los casos, la lesión principia por el fondo del saco gingivo-geniano, tarda poco en invadir la encía, el periostio maxilar y los ganglios linfáticos, pero respeta la parte superior de la mejilla y la mucosa del suelo bucal.

La mayor parte de los neoplasmas presentan en su principio una indolencia casi completa, y en el cáncer de la mejilla se observa casi en toda su evolución.

Los fenómenos inflamatorios son comunes en el curso de esta forma de cancer. Se trata de ordinario de abscesos formados en las inmediaciones del neoplasma. Cuando se abren espontáneamente ó se incinden las aberturas no se cierran. Las granulaciones neoplásicas las invaden.

La perforación de la mejilla es un signo grave. Indica el principio de la declinación y la caquexia próxima.

Esta indolencia cesa momentáneamente cuando sobrevienen complicaciones inflamatorias. Los signos funcionales están menos acentuados que en los demás cánceres de la boca. Un fenómeno notable es la posibilidad de mover las mandíbulas.

Cuando las partes blandas están hinchadas, y la mejilla infiltrada se pone rígida, se observa que la boca tiende á desviarse al lado opuesto, sobre todo al hablar el enfermo. En este caso están comprendidos en la masa cancerosa gran número de filetes del facial, y se destruyen ó paralizan.

El conducto de Stenon se abre en medio de las vegetaciones cancerosas ó al lado de la ulceración. Es un fenómeno curioso que no se produzcan infecciones ascendentes del conducto excretor y de la parótida. Débese sin duda á que la saliva barre y limpia este conducto.

El pronóstico del cáncer de la mejilla es siempre gravísimo. Tarda en evolucionar algunos meses, y al poco tiempo es refractario á los recursos de la cirugía.

En general, es preciso extirpar el maxilar, el tumor geniano y la masa ganglionar submaxilar. Puede colocarse un aparato protéico. Creo, no obstante, que es preferible la abstención.

Fracturas experimentales de los huesos de la cara (exceptuado el maxilar inferior).—El Dr. R. Le Fort (de Lila): Estas fracturas son á veces muy extensas, y no se revelan por signo exterior alguno. Las dislocaciones óseas y la movilidad son relativamente raras.

Las apófisis pterigoides y las masas laterales del etmoide, soldadas íntimamente á la cara, forman parte, desde el punto de vista topográfico, de la mandíbula superior, y se rompen de ordinario con ella; la base del cráneo, propiamente dicha, presenta, por el contrario, una independencia grandísima, y las lesiones de la cara no se propagan al cráneo.

Los traumatismos de la cara tienden á separarla del cráneo por una gran fisura completa, dirigida transversalmente desde la nariz al agujero occipital. Los que interesan exclusivamente la parte media de la cara, dejan intactos los pómulos, que quedan adheridos al cráneo, y sólo cede dicha parte media.

La cara, separada ó no del cráneo, tiende á dividirse en fragmentos, y éstos presentan caracteres bastante constantes, sea el que quiera el mecanismo de la fractura.

La más frecuente es la que corresponde á la gran fractura transversal de Guérin. Comprende la bóveda palatina, el borde alveolar y las apófisis pterigoides. Está dividida á veces en dos por una fisura antero-posterior, que pasa á poca distancia de la línea media.

El pómulo forma muchas veces un segundo fragmento. El hueso queda casi siempre intacto. La rama ascendente del maxilar superior con una parte de ungüis y á veces de los huesos de la nariz, forma un tercer fragmento. Las esquirlas de la pared anterior del seno maxilar, de las masas laterales del etmoides, de la parte inferior de los huesos de la nariz, etc., unen entre sí los fragmentos precedentes, y completan el macizo óseo de la mandíbula superior.

Fracturas que pueden tratarse sin aparato inamovible por el amasamiento y la movilización.—El Dr. Lucas-Championière (de París): El tratamiento de las fracturas por el amasamiento y la movilización, es la aplicación precoz del movimiento al miembro traumatizado. No debe confundirse con el empleo secundario del amasamiento destinado á combatir la rigidez de los miembros.

Para evitar esta confusión á expensas del método, conviene designar éste con el nombre de gluco kinesis.

Este tratamiento consiste en la aplicación del movimiento metódico en época más próxima al accidente que ha ocasionado la fractura.

El movimiento debe ser metódico y ordenado. El amasamiento muy suave y progresivo hasta la proximidad del foco de la fractura, sin acción directa sobre él, es un medio de aplicación de este movimiento.

El método se funda en principios nuevos. La inmovilidad absoluta es menos favorable para la reparación de los huesos que cierta dosis de movimiento. Esta es mucho más favorable para la reparación de los tejidos blandos.

Principié por suprimir la inmovilización en el tratamiento de bastantes fracturas. Después he aplicado el método, con y sin amasamiento, á todas las variedades de fracturas, principiando por las articulares. Si el amasamiento y la movilización se aplican desde el principio, la reparación ósea es más rápida y más sólida.

El dolor desaparece con rapidez, y esta desaparición es el criterio de un buen amasamiento y de una buena movilización. La persistencia del dolor indica que el método no se ha aplicado.

La contractura tarda poco en desaparecer y esta desaparición desempeña un papel capital en la profilaxis de ciertas deformaciones. No hay otro tratamiento tan eficaz contra la contractura.

La absorción de la sangre y de los líquidos derramados, es más rápida que cuando se inmovilizan los miembros.

La vitalidad de la piel se conserva.

Los reflejos nutritivos, aseguran la conservación y la separación de los músculos y de los nervios sin atrofia.

La flexibilidad de los miembros se conserva, y terminado el tratamiento no se necesita otro secundario como cuando se emplean apósitos.

Uno de los motivos que pueden animar á suprimir los apósitos, es que estos no previenen las deformaciones.

No debe confundirse este método, con el abandono puro y simple de los

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al tejido adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la piel.

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero producen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Noriega (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyecciones con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernias:

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales de dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder contenerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce buenos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca.—El Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación siguiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de este orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobré el borde externo del músculo recto ó en la proximidad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos hojas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en los intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeurosis ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando puede practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según la técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventración ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ven perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de esfacelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, puede afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fosa ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el organismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, no hay temor á fracaso.

Tarseptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolorosas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarseptosis dolorosas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por el aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de la marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en mi Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados:* el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. Esta posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el sitio más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muslo. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando mi experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones ya antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al teji adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la pi

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero pr ducen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Norie (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyeccion con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernia

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder cont nerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce bu nos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca.—I Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación s guiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de es orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobre el borde externo del músculo recto ó en la prox midad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos h jas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en l intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeuros ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando pu de practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según l técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventraci ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ve perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de e facelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, pued afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fos ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el o ganismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, n hay temor á fracaso.

Tarsoptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolor sas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarsoptosis dolor sas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por e aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de l marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en la Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados*: el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. La posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el lugar más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muscular. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando la experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones demasiado antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al tejido adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la piel.

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero producen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Norifoa (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyecciones con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernias;

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales de dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder contenerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce buenos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca. — El Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación siguiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de este orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobre el borde externo del músculo recto ó en la proximidad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos hojas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en los intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeurosis ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando puede practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según la técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventración ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ven perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de esfacelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, puede afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fosa ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el organismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, no hay temor á fracaso.

Tarseptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolorosas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarseptosis dolorosas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por el aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de la marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en mi Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados:* el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. Esta posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el sitio más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muslo. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando mi experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones ya antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al tejido adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la piel.

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero producen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Noriega (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyecciones con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernias:

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales de dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder contenerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce buenos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca. — El Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación siguiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de este orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobré el borde externo del músculo recto ó en la proximidad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos hojas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en los intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeurosis ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando puede practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según la técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventración ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ven perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de esfacelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, puede afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fosa ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el organismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, no hay temor á fracaso.

Tarsoptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolorosas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarsoptosis dolorosas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por el aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de la marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en mi Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados:* el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. Esta posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el sitio más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muslo. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando mi experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones ya antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al tejido adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la piel.

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero producen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Noriega (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyecciones con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernias;

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales de dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder contenerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce buenos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca. — El Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación siguiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de este orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobré el borde externo del músculo recto ó en la proximidad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos hojas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en los intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeurosis ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando puede practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según la técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventración ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ven perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de esfacelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, puede afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fosa ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el organismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, no hay temor á fracaso.

Tarseptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolorosas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarseptosis dolorosas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por el aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de la marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en mi Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados:* el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. Esta posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el sitio más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muslo. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando mi experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones ya antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al tejido adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la piel.

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero producen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Noriega (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyecciones con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernias:

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales de dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder contenerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce buenos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca. — El Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación siguiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de este orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobre el borde externo del músculo recto ó en la proximidad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos hojas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en los intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeurosis ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando puede practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según la técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventración ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ven perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de esfacelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, puede afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fosa ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el organismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, no hay temor á fracaso.

Tarseptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolorosas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarseptosis dolorosas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por el aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de la marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en mi Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados:* el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. Esta posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el sitio más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muslo. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando mi experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones ya antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

apósitos. Este tratamiento es más difícil de aplicar, que el de los apósitos inamovibles, pero produce mejores resultados.

Ciertas variedades de fracturas pueden tratarse siempre por la movilización y el amasamiento, suprimiendo todo aparato de inmovilización propiamente dicha, por ejemplo :

Todas las fracturas de la parte superior é inferior del húmero. En la parte superior hasta la inserción del deltoides ; en la inferior á cuatro traveses de dedo de la articulación.

Codo. Todas las fracturas y sobre todo las del olécranon.

Todas las fracturas del radio hasta la muñeca.

Casi todas las fracturas de la clavícula.

Todas las fracturas de la parte inferior del peroné, sin peligro de desviación del eje del pié.

Todas las fracturas bimaleolares sin tendencia á la desviación lateral ó posterior.

En la rodilla, las fracturas del femur sin dislocación y las de la corona de la tibia.

Todas las fracturas del omoplato.

Otras fracturas pueden tratarse sin aparato en casos excepcionales.

Fracturas de la parte media del húmero sin dislocación, y algunos de los dos huesos del antebrazo.

En los casos restantes es posible, combinando los apósitos, el amasamiento y la movilización inmediata, obtener buenos resultados ; pero son menos completos que en los casos indicados.

En ciertos casos puede emplearse la movilización sin amasamiento. Es la práctica que debe seguirse en los niños de poca edad con tendencia á la formación de un callo exuberante, y en algunos ancianos.

En los niños, la movilización simple en las fracturas de la muñeca del hombro y del codo, producen resultados satisfactorios en alto grado.

En el anciano, he empleado el amasamiento en todas las fracturas, excepto las del cuello del femur.

Peri-epididimitis varicosa.—Los Dres. Mignon y Sieur (de París) : La afección recae en el grupo venoso posterior del cordón espermático y tiene la forma de un tumor redondo ó fusiforme que rodea el nacimiento del conducto deferente ; el epidídimo está dirigido más ó menos hacia arriba.

El tumor es unas veces elástico, blanduzco, pero puede ser durísimo. Está expuesto á congestionarse y su volumen varía bastante. En el intervalo de las crisis, ó á beneficio de un tratamiento apropiado, todo entra al parecer en orden. Pero á la larga se desarrolla la inflamación, gana la mitad inferior del conducto deferente, se afecta la vaginal y sobreviene un hidrocele pequeño ó un engrosamiento fibroso, y la masa concluye por adquirir un volumen y una forma redondeada que la asemeja á un segundo testículo.

En su último grado, la afección puede confundirse con la epididimitis tuberculosa, pero su localización, la integridad del cordón y de la próstata ; la falta de todo antecedente personal ó hereditario y la variabilidad especial del tumor, unido á su naturaleza fibrosa, permiten casi siempre hacer el diagnóstico.

Al principio bastan el reposo, un suspensorio bien aplicado, evitar toda

excitación genésica y el éxtasis sanguíneo en las venas del cordón. Cuando sobreviene la inflamación, es preciso emplear los baños generales y los tópicos húmedos.

Anastomosis vésico rectal.— El Dr. J. Franck (de Chicago): En 1898 hice una serie de experimentos, consistentes en implantaciones uni ó bilaterales de los uréteres en el intestino; mi objeto era estudiar las condiciones bacteriológicas é histológicas de los riñones. Hubo siempre infección renal ascendente.

Se me ocurrió entonces anastomosar la vejiga directamente con el recto, con el fin de evitar, si era posible, la infección de los riñones, lo que conseguí. La operación la practiqué, empleando mi acoplador de hueso decalcificado.

Creo que esta operación, no sólo es útil en los casos de ectopia vesical, sino también cuando es necesaria la abertura supra-pubiana ó perineal para asegurar la salida regular y permanente de la orina.

Cura radical de la hernia inguinal.—El Dr. Gerard (de Berna): Para las hernias inguinales de volumen pequeño ó mediano, los procedimientos que se recomiendan, producen buenos resultados. Pero cuando se trata de hernias voluminosas en las que no queda de conducto inguinal más que una gran abertura, es difícil obtener la oclusión resistente que se oponga á las recidivas.

Empleo desde hace ocho años el método siguiente, modificación del de Bassini:

1.° Incisión de la aponeurosis del oblícuo mayor á partir del vértice del anillo externo, de modo que quede abierto todo el conducto, si existe aún, y unos 4 centímetros de la arcada de Falopio;

2.° Extirpación y oclusión del saco, después de tratar su contenido según la indicación; reducción del muñón del saco;

3.° Sutura de los bordes del oblícuo menor y del transverso, á ejemplo de Bassini, con la cara superior de la arcada de Falopio;

4.° Imbricación de los dos colgajos de la aponeurosis del oblícuo mayor en una extensión de 4 centímetros, según los casos, superponiendo el superior al inferior ó viceversa. El borde superior se sutura sobre la arcada de Falopio y el inferior á la base del colgajo superior.

De 543 casos operados así, sólo recidivaron 8.

Cura radical de las hernias inguinales y crurales por el procedimiento de mieloplastia.—El Dr. E. Schwartz (de París): Desde hace algunos años, empleo en las hernias inguinales y crurales, el procedimiento siguiente:

Mieloplastia inguinal.—Después de resecar y ligar el saco lo más arriba posible, se incinde la vaina del recto anterior del abdomen; formación de un colgajo muscular, de pedículo inferior, que se introduce á través de un hojal pasando por detrás del pilar interno, en el conducto inguinal, después se le sutura por arriba al oblícuo menor por debajo de la arcada crural.

Este colgajo muscular, refuerza por arriba y continúa el pilar del oblícuo menor y del transverso; reconstituye la pared anterior del conducto inguinal. Por encima se suturan los pilares del oblícuo mayor y después la piel.

Mieloplastia crural.—Para la hernia crural, una vez hecha la resección y la ligadura, se abre la vaina del adductor medio, se corta un colgajo muscular

del pedículo superior que se aplica y sutura á la arcada crural y al tejido adiposo que existe por dentro de la vena crural. Por encima se reune la piel.

Este procedimiento sólo es aplicable á las hernias de debilidad, pero producen resultados excelentes y durables.

Tratamiento de las hernias por el método esclerógeno.—El Dr. T. Noriega (de México): Mis conclusiones se fundan en 23 casos. Hago las inyecciones con una jeringa especial y aplico un vendaje con pelota modificada.

1.ª Las inyecciones esclerógenas, pueden curar radicalmente las hernias:

2.ª Están indicadas únicamente en las hernias inguinales unilaterales de dimensiones medianas;

3.ª Pueden practicarse en las hernias voluminosas, para poder contenerlas;

4.ª La inyección de extracto fluído de hidrastis canadensis, produce buenos resultados.

Tratamiento de las hernias inguinales por deslizamiento de la S ilíaca. — El Dr. H. Morestin (de París): En estas hernias practico la operación siguiente:

1.° Descubrimiento del orificio inguinal, desbridamiento por fuera de este orificio en el sentido de las fibras del oblícuo mayor. Abertura del peritoneo frente al trayecto inguinal;

2.° Liberación del intestino;

3.° Incisión bien sobre el borde externo del músculo recto ó en la proximidad de la cresta ilíaca;

4.° Reconstitución del meso-colon y fijación á una ó á otra de sus dos hojas por medio de suturas con seda fina dispuestas en líneas radiadas en los intersticios de los vasos; fijación de la base del mesocolon á la aponeurosis ilíaca en la parte más lejana de la fosa de este nombre;

5.° Sutura de la herida abdominal;

6.° Reconstitución lo más perfecta posible del conducto inguinal.

La operación es algo más complicada que la ordinaria. Pero cuando puede practicarse, el enfermo queda en mejores condiciones.

Haciendo la incisión abdominal por la vaina del músculo recto según la técnica recomendada para extirpar el apéndice, se evita toda eventración ulterior.

Es fácil no interesar en los puntos de sutura los vasos cólicos que se ven perfectamente por transparencia. De este modo se evita todo peligro de esfacelo.

Por último, aunque las maniobras prolongan algo la operación, puede afirmarse que son benignas y no agravan el pronóstico. Todo pasa en la fosa ilíaca sin hemorragias, sin manipulaciones laboriosas ó sépticas. Si el organismo del operado está sano y se adoptan las precauciones necesarias, no hay temor á fracaso.

Tarsoptosis y tarsalgia.—El Dr. Bloch (de París): Las afecciones dolorosas del pié deben dividirse en dos grandes grupos: las tarsoptosis dolorosas y las tarsalgias. Las primeras se conocen por el signo cuboides, por el aplanamiento del tarso y por la aparición de los dolores después de la marcha.

Las tarsalgias que comprenden las tarsartrias, las tardodinias y las tarso-

neuritis, se conocen en general por la falta del signo cuboides, por los trastornos tróficos y los dolores limitados que aparecen en cuanto el enfermo levanta el talón para ponerse en marcha.

En las tarsoptosis es útil el aparato que hemos inventado. Las tarsalgias exigen el empleo de una plantilla especial, destinada á impedir la flexión de la parte anterior del pié sobre la posterior. Esta plantilla tiene un orificio circular que corresponde al sitio del dolor.

Trasplantación de los tendones y sus éxitos en el tratamiento de las parálisis. —El Dr. O. Vulpius (de Heidelberg): Las 160 operaciones que he hecho en mi Clínica y la observación de los enfermos, me animan á indicar mi técnica.

Debo á la asepsia más rigurosa — guantes y careta — el haber hecho 130 trasplantaciones tendinosas sin rastro de infección. Prefiero el método que llamo *descendente*, no sacrifico músculo alguno, pero pongo el extremo periférico del tendón seccionado en relación con los músculos inmediatos.

Las *indicaciones* más importantes son: pérdidas traumáticas de los músculos, de los tendones y de los nervios, parálisis espinales, principalmente la infantil. En la parálisis parcial, la operación está francamente indicada; en la total, debe elegirse entre la trasplantación de los tendones y la artrodesis.

Esta trasplantación demuestra que la parálisis total es más rara de lo que se cree.

Pasemos á los *resultados:* el éxito debe ser inmediato en el sentido de que al fin de la operación, la articulación debe hallarse en posición normal. Esta posición, según lo que he observado, es permanente y seguida de movilidad más ó menos completa. El éxito suele aumentar de un modo notable por el tratamiento post-operatorio. Cuanto más circunscrita es la parálisis y más semejante es la función de los músculos sanos, más brillante es el éxito.

En las parálisis espasmódicas, el éxito consiste no sólo en corregir la actitud, sino también el espasmo.

Los resultados dependen, además, de la localización de la parálisis; el sitio más favorable para la operación es la piel, y el menos adecuado el muslo. La musculatura del antebrazo ofrece más dificultades, pero he obtenido éxitos notables. Los fracasos absolutos son raros si la técnica ha sido irreprochable. Las recidivas se han hecho más raras según ha ido aumentando mi experiencia.

Formas benignas de psoitis. — El Dr. H. Morestin (de París): Las formas benignas de la psoitis son admitidas virtualmente por los autores clásicos, pero con reservas.

En efecto, el pronóstico de la enfermedad se considera como gravísimo y casi como fatal. La supuración es la terminación obligada, y la muerte sobreviene más pronto ó más tarde.

Sorprende que la inflamación de un simple músculo produzca consecuencias tan graves.

En realidad, la historia de esta afección se ha hecho con observaciones ya antiguas, y su descripción no corresponde á la generalidad de los hechos.

Ciertas supuraciones de origen pelviano, mejor estudiadas y tratadas, no se confunden ya con las supuraciones de la vaina del psoas.

Las supuraciones profundas se tratan sin retraso y sin temor por operaciones precoces, completas y extensas, y en este orden de ideas abrir la fosa ilíaca, nos parece hoy una intervención sencilla. Es indudable que si en la psoitis se principia por poner apósitos inamovibles y esperar á la fluctuación para incindir, ó se hacen punciones pequeñas, los desastres serán la consecuencia.

No es posible afirmar que la miositis sea realmente primitiva. Quizá, aun en la psoitis puerperal, la lesión sea en realidad muchas veces secundaria. Vincent cree que es casi siempre consecutiva á una flegmasía subperitoneal.

La curación puede obtenerse por resolución completa, aunque la lesión sea bilateral, por más que la invasión simultánea ó sucesiva de ambos lados se haya considerado siempre como una circunstancia agravante.

En las formas benignas de que se trata, los medios más elementales bastan para obtener la curación. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MOSCOU

Sesión del día 11 *de Abril de* 1900.

Neuritis múltiple consecutiva á la grippe.—El Dr. B. N. Cherno-Schwarz comunica el caso de un niño de diez años que de repente enfermó de escalofrío, calentura, coriza y tos; á los tres días descendió la calentura quedando debilidad, cefalalgia y alguna tos. Al final de la semana presentóse un dolor intenso en las extremidades seguido de debilidad, primero en las piernas y después también en los brazos.

El día de su ingreso se notaron intensos dolores en el curso de los troncos nerviosos en todas las extremidades, considerable paresia de brazos y piernas, más intensa en las partes periféricas que en las centrales; los reflejos rotulianos bien expresados; no había enflaquecimiento ni decrecimiento de la reacción á la corriente intermitente. La sensibilidad cutánea, la sensación muscular, los reflejos cutáneos y pupilares, así como la deglución, son normales; los órganos pelvianos no presentan anomalía. En las vías respiratorias hay un foco inflamatorio en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo.

Ningún otro órgano presenta irregularidad. Temperatura 37°,3, el tratamiento tónico del hospital produjo una rápida mejoría; al cabo de una semana podía ya ponerse de pié y permanecer así sin apoyo; pero al mismo tiempo se desarrolló una parálisis del facial aunque sin disminución de la excitabilidad eléctrica; al cabo de algunos días esta parálisis empezó á disminuir y á la semana y media había desaparecido por completo; entonces se notó un nuevo fenómeno: aceleración é irregularidad del pulso, durando ambos cinco días. A las tres semanas después de su ingreso en el hospital, no se percibía ya ninguna irregularidad en el sistema nervioso; los dolores habían desaparecido y las funciones de las extremidades quedaban restablecidas por completo. Más rebeldes mostráronse las alteraciones en los ór-

ganos respiratorios, se resolvió muy lentamente dando lugar á recrudecimientos acompañados de ligeras elevaciones de temperatura; con todo, el día del alta quedaba tan sólo una pequeña abreviación del sonido percutorio bajo el omoplato izquierdo y un poco de estertores húmedos á la inspiración profunda.

Enfermedad de Barlow en dos gemelos de veinte meses.—El Dr. Kisel, después de hacer constar que muchos autores consideran la enfermedad de Barlow como raquitismo hemorrágico y que sus propias observaciones son contrarias á esta opinión, refiere que los dos hermanos infermaron simultáneamente el 5 de enero de este año poniéndose desasosegados y gritando mucho, volviéndose pálidos y al cabo de unos tres días se notaron en las extremidades tumefacciones circunscritas muy dolorosas al contacto. El padre es sano y tiene cuarenta y ocho años; la madre tiene cuarenta y cuatro, pero aparenta mucho más, es pálida y tuvo 14 hijos, de los cuales murieron 8, estos niños nacieron sanos, alimentándose hasta cuatro meses exclusivamente en el pecho de su madre y luego con leche de vacas y pan blanco, tomándolo en grandes cantidades.

La niña padecía de diarrea, tardó mucho en tenerse de pié y el verano pasado se diagnosticó raquitismo. En ambos niños los dientes empezaron á salir al cabo de un año, cuando aún no andaban. En la exploración del niño hecha el 7 de febrero, se encontró que sus dimensiones correspondían á su edad; los músculos eran flojos, la piel y las mucosas pálidas, ligeramente cianóticas; en los huesos de la cabeza, de las extremidades y de las costillas, había rastros de raquitismo. Los órganos internos sin alteración. Al palpar los húmeros se notaron tumores bastante sólidos rodeando en parte los huesos de todos los lados.

La parte inferior del muslo izquierdo y la corva tumefactas, presentan la piel muy tirante é infiltrada con equimosis difusas; las partes blandas resistentes; en la profundidad al lado del extremo inferior del femur se toca un tumor sólido; igual tumor se percibe del lado derecho. La movilidad de las articulaciones persiste, pero al moverse las extremidades se oye un crujido. Bajo el ojo izquierdo se ve una pequeña equimosis, pero no se toca ningún tumor. El borde libre de las encías algo tumefacto y relajado. Temperatura normal. Algunos días después fué explorada también la niña, encontrándose las mismas alteraciones que en su hermano, sólo que la tumefacción alrededor de los huesos de los brazos y muslos presentaban contornos algo diferentes y no había equimosis en la piel. En el curso ulterior aumentaron considerablemente los tumores en los huesos, provocando dolores tan intensos que los niños gritaban día y noche.

El niño enfermó el 9 de marzo, de sarampión, muriendo el 17, con fenómenos de parálisis del corazón; el 23 de marzo enfermó también la niña del sarampión, y falleció el 30, bajo los mismos fenómenos; en ambos casos el cuadro clínico era tan pronunciado, que no quedaba ninguna duda de que se trataba de la enfermedad de Barlow. El tratamiento consistía en una alimentación nutritiva y tomas de ioduro sódico, pero no produjo efecto visible.

Fenómenos secundarios por la inyección de suero antidiftérico calentado. — El Dr. Borjman empieza su conferencia, exponiendo las opiniones acerca

de las causas de los fenómenos secundarios que se observan después de la inyección de suero antidiftérico, aceptando la más generalmente admitida de que estos fenómenos dependen casi exclusivamente de la introducción de un suero extraño al hombre, y no á la antitoxina ni al ácido fénico. Estos fenómenos no dejan casi nunca consecuencias serias, y los casos descritos de muerte repentina después de las inyecciones, se han atribuído, á las mismas, sin bastante fundamento. Algunos autores han propuesto métodos especiales para atenuar los fenómenos secundarios, como emplear suero fuerte, suero sin ácido fénico, suero filtrado por una candelilla de Chamberland, ó calentado según el método de Spronck, con el cual los fenómenos secundarios se presentaron tan sólo en el 4'7 por 100 de los casos, en vez del 15'2 por 100 con el suero ordinario. En el Instituto bacteriológico de Moscou, empezaron á preparar suero calentado á principios de 1899, manteniéndole por media hora á 58°. Las observaciones de Borjman se hicieron en 578 niños del Hospital de San Valdimiro, de los cuales 193 recibieron el suero ordinario, y 385 el calentado. La frecuencia de los fenómenos secundarios disminuyó de 24'7 á 16'3. Esta pequeña disminución dependía evidentemente de que el suero había sido calentado solamente á 58°, la disminución de los fenómenos secundarios se notó más marcadamente en las inyecciones de grandes cantidades de suero, como por término medio se emplearon con el suero calentado que conserva toda su virtud curativa. De todas las observaciones hechas con ambas clases de suero, deduce Borjman que la frecuencia de los fenómenos secundarios es directamente proporcionada á la cantidad del suero inyectado; que la complicación más frecuente consiste en diversos eritemas, unos precoces y otros tardíos, acompañándose los unos muchas veces de síntomas de envenenamiento general; que el suero no deja ninguna alteración persistente en el cuerpo; la calefacción del suero disminuye indudablemente la frecuencia de los fenómenos secundarios, que conviene recoger más observaciones sobre el suero calentado á 59 ó 59°,5.

El profesor Filatof dice que también le parece que los fenómenos secundarios dependen de la cantidad del suero inyectado, y por esto prefiere en la clientela privada emplear un suero extranjero más concentrado, sin negar por esto la excelencia del suero preparado por el Dr. Gabrichewsky.

Epidemiología de la difteria.—El Dr. Sokolof hace una comunicación sobre la marcha de las afecciones diftéricas durante los últimos dos años, en una de las instituciones más pobladas de Moscou, la Casa de alojamientos gratuítos de los hermanos Bajrushin. Es un enorme edificio de cuatro pisos con estrechos corredores en cada uno, divididos por las escaleras en cinco secciones desiguales. Los 205 aposentos están ocupados por 242 familias, habiendo en la casa en total 1211 personas, que se ponen constantemente en estrecho contacto en los corredores, en las escaleras, las cocinas, las escuelas, el taller común, el consultorio del médico, etc. Además, unos 250 de los inquilinos salen diariamente por sus relaciones con unos 30 diferentes establecimientos, y se puede contar que durante el año entran unas 20.000 visitas de personas extrañas. Del 25 de octubre de 1897 á 23 de marzo de 1898, no hubo ningún caso de difteria en la casa; aquel día se presentó 1. En septiembre hubo 4, en octubre 10, en noviembre 27, en diciembre 8, en énero de

1899 hubo 12; durante el resto del año no hubo más que casos aislados con uno ó dos meses de intervalo.

Las medidas de precaución que se tomaron consistieron en trasladar inmediatamente á los enfermos al Hospital, desinfectar las habitaciones y las ropas, y prohibir á la familia la frecuentación de las escuelas, talleres, etc. Cada día se hizo la inspección de los individuos de la familia para repetir las medidas profilácticas en caso necesario. No se recurrió á inyecciones profilácticas, por no estar convencido de la eficacia y por ser ligeros los casos. Rara vez hubo nuevos casos en la misma familia, y solamente en cinco después de la desinfección.

También fueron raras las invasiones nuevas tras corto intervalo, no solamente en la misma familia, sino en la misma sección de la casa; por esto se efectuó dos veces una revista individual de todos los inquilinos. No siendo posible hacer la investigación bacteriológica de todos los individuos, Sokolof se limitó á aislar la sección del piso en que ocurrió el caso, y como también de esto resultaran graves inconvenientes, el aislamiento fué limitado á las habitaciones circunvecinas, dejando salir las demás familias después de la inspección de todos los miembros cada mañana. Así se procedió desde noviembre de 1898. En diciembre el número de invasiones fué mucho menor, y en enero de 1899 la epidemia cesó, pues en febrero no hubo ningún caso. Por los informes que se tomaron en los diversos establecimientos de enseñanza frecuentados por los niños de la casa, se supo que durante los años de 1898 y 1899, en unos no hubo ningún caso de difteria y en otros sólo algún caso esporádico.

Sokolof deduce de sus observaciones que los casos solitarios predominan siempre con mucho sobre los de focos ó grupos de familias, que el pronto aislamiento del enfermo con desinfección de los restantes, resulta en la mayoría de los casos una profilaxis segura, que conviene retener á los convalecientes de difteria en los Hospitales por más tiempo del que suelen permanecer, que en la elección de las medidas para combatir las epidemias, nos hemos de amoldar cada vez á las particularidades y á la intensidad de la misma, y que el aislamiento prolongado de los individuos sanos de una familia en que hubo un enfermo contagioso, trae graves inconvenientes para los individuos y las familias.—(*Vrach*, 1900).—G. Sentiñon.

PERIÓDICOS

Purificación del agua por medio del ozono.—El ozono, para purificar el agua potable, se ha empleado muchas veces en pequeña escala y con buen resultado. Según refiere Macini, la ciudad de Lila, en Francia, emplea ahora este procedimiento para obtener un agua de cualidades higiénicas de primer orden. Dicha agua proviene de manantiales que nacen en un suelo permeable, por cuyo motivo no se puede evitar su impurificación; en vista de esto, en el mismo sitio en que se recoge dicha agua, se ha instalado el local donde se produce el ozono. Los generadores de este gas son grandes placas

de metal y de vidrio que están unidas entre sí, y que comunican además con un manantial de corriente eléctrica. Entre las placas se desarrolla el ozono que es conducido por conductos de mampostería en los que se pone en contacto con el agua.

Esta contiene en el manantial 2200 gérmenes por cent. cúb., y después de purificada por medio del ozono, tan sólo dos en 74 cent. cúb.

Aun después de abandonada el agua durante cuatro días en el laboratorio, se vió que no habían aumentado dichos gérmenes, y que lejos de eso, habían desaparecido los pocos que existían. Los experimentos hechos con gérmenes patógenos demostraron que el ozono los mata: el único que resistió fué el *bacillus subtilis*, que es una especie inofensiva. Los gastos que origina este procedimiento son muy pequeños, puesto que cada 1000 litros sólo cuestan un céntimo. — (*Journal d'Hygiène*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento de la pelada por el colodion iodado. — En el período incipiente y en el estado estacionario, aconseja Joubert :

1.° Cortar el cabello al rape para descubrir todas las placas de pelada ;

2.° Lavar la piel del cráneo con jabón, después con licor de Van Swieten. Secar cuidadosamente las placas con algodón hidrófilo ;

3.° Depositar sobre las placas con un pincel de algodón (que sólo sirve para una vez) una capa gruesa de colodion iodado (iodo 1 gramo, colodion elástico 30 gramos), que exceda algo de las zonas afectadas ;

4.° Dejar aplicado el colodion hasta que se principie á desprender.

Si la piel está ligeramente irritada, se aplica otra nueva capa de colodion sobre la antigua. Si no está enrojecida, se separa el colodion utilizando una mezcla de partes iguales de alcohol y de éter y se aplica otra nueva capa.

Cuando principia á retoñar el pelo (después de cuatro ó cinco aplicaciones de colodion) se arranca éste con el vello adherido y se aplica una nueva capa del medicamento. Cuando el pelo va haciéndose más fuerte, elevan la capa de colodion y para desprenderla se les corta con tijeras.

(*La Med. Moderne*).—F. TOLEDO.

El analgeno y su empleo en los casos de paludismo. — El Dr. Capri, que ejerce en una comarca palúdica, cerca de Catania, ha empleado el analgeno con buen resultado en 80 casos de infección palúdica; de 20 de ellos publica su historia clínica extensa, y resulta de su lectura que el medicamento mencionado presta excelentes servicios, lo mismo en los niños que en los adultos, y que es igualmente eficaz en las distintas formas con que se manifiesta la infección palúdica sin producir por otra parte fenómenos accesorios desagradables; la dosis diaria es de 2 á 3 gramos.

(*La Clínica Moderna*). — R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO EN LAS ENFERMEDADES DEL ABDOMEN

POR EL

DOCTOR DON JUAN MANUEL MARIANI

Médico de número del Hospital de la Princesa. Madrid.

Cuando exploramos la cavidad torácica podemos siempre definir con claridad lo que ocurre en ella; la auscultación y la percusión nos dan cabal idea de las alteraciones que experimenta el pulmón y de las que afectan al centro circulatorio: podrá haber algunas dificultades de criterio, podrá ser discutible en algunos casos la naturaleza íntima de la lesión, pero ésta se pone tan de relieve con una exploración bien hecha, que no puede ocultarse á ningún práctico, y en su conjunto y hasta en sus detalles aparece siempre de tal manera que si se trata del pulmón puede dibujarse exactamente la zona lesionada, y si del corazón se puede establecer el diagnóstico preciso de la lesión y de su foco principal.

Algo análogo sucede con los centros nerviosos, en los que las lesiones localizadas dan lugar á síntomas periféricos de foco que permiten diagnosticarlas y las difusas van acompañadas de síntomas característicos y propios de cada una de ellas.

Bien distintas son las cosas en la cavidad abdominal; alójanse en ella órganos múltiples, el hígado, el páncreas, el bazo como anejos del tubo digestivo, la vejiga y además el útero y sus apéndices en la mujer, el colon que forma una especie de marco en la pared posterior del abdomen, los riñónes allá pegados á las últimas costillas falsas, y en el centro y llenando el vacío que todos estos órganos dejan, el intestino delgado, continuación del ventrículo gástrico, movible, dilatable, aprisionado sólo por el epiplóon y como encogido y apelotonado para ocupar el espacio que viene justo de esta manera para la longitud que tiene, y por último, el peritoneo, túnica

que envuelve incompletamente á todos estos órganos, y que viene á ser ûn buen componedor que evita los rozamientos entre vecinos tan distintos y tan diferentes.

Recordar las enfermedades que padecen cada uno de estos órganos, sería hacer el estudio de la mitad de la patología médica y quirúrgica, pero solamente al echar una ojeada sobre las alteraciones morbosas de cada uno de ellos, se comprende cuántas veces se ha de vacilar en ciertos diagnósticos dada la proximidad de unos con otros y las conexiones funcionales de muchos de ellos (tubo digestivo y sus anejos, riñón y vejiga, útero y sus anejos).

Es verdad que en muchos casos el diagnóstico no admite duda; si se os presenta un sujeto con ascitis, dilatación de las venas del vientre, piernas enjutas, antecedentes alcohólicos y en el que después de hecha la punción y evacuado el líquido peritoneal, se toca un hígado de superficie lisa, borde cortante, duro y que llega hasta la región umbilical, no habrá duda de que se trata de una cirrosis hipertrófica ó en período hipertrófico.

Si recae nuestra observación en un sujeto enjuto de carnes, con síntomas dispépsicos, que vomita á las tres horas del alimento cantidades de líquido mayores que las que ha ingerido, y en la región pilórica se nota una induración pequeña que duele algunas veces, y este sujeto tiene más de cincuenta años y se ha desnutrido mucho en poco tiempo, podremos diagnosticar un cáncer del píloro, y si, por último, se os presenta un tercer enfermo, casi siempre mujer, que tiene un tumor movible en el abdomen y tiene este las paredes flácidas y tocáis un tumor aplanado, de borde convexo y cortante y que se desliza con facilidad de un lado á otro del vientre, podréis asegurar que se trata de un riñón flotante: mas al lado de estos ejemplos, ¿cuántas circunstancias hay en que no podemos establecer un diagnóstico preciso? ¿Y cuántos enfermos de estos que se curan sin que hayamos podido saber después de minuciosas observaciones cuál era la lesión fundamental de sus trastornos?

En los sujetos obesos es casi siempre punto menos que imposible el que la percusión y el tacto nos suministren datos precisos de diagnóstico; en ellos hay un panículo adiposo debajo de la piel que á veces mide dos y tres centímetros y que priva á las paredes del vientre de toda flexibilidad, y la palpación en estos sujetos es imposible porque lo que palpa uno en todas direcciones, es una masa adiposa que no deja que se trasmitan hasta nuestros dedos las diferentes impresiones de contacto de los órganos profundos.

En otros sujetos sin ser obesos, la excitabilidad de sus músculos es tan grande que la palpación más superficial los pone al recto sobre todo, en contracción tetánica que los convierte en una especie de tabla á través de la cual no podemos apreciar nada.

Por último, la timpanización que acompaña á muchas enfermedades del abdomen hace imposible toda exploración profunda é infructuosas nuestras tentativas para saber lo que pasa en las vísceras del vientre.

Aparte de estas circunstancias, hay otra porción de casos en los que pudiendo tocar y palpar con todo desahogo y libertad, no podemos encontrar una lesión determinada que buscamos en vano, aunque los síntomas generales del enfermo la acusan de una manera clara y terminante.

Yo he visto y á todos los médicos les habrá pasado lo mismo, enfermos con caquexia cancerosa, desnutridos, flácidos, con tinte terroso, con intolerancia gástrica, con desnutrición rapidísima, en los cuales se podría asegurar una lesión neoplásica del intestino ó del estómago, pero de una manera vaga sin precisar el sitio, sin determinar la cantidad de lesión, porque al explorar no se encontraba nada palpable ni tangible, casos estos en que el diagnóstico es vacilante, pero en los que el pronóstico es certero.

¡Cuán difícil es el diagnóstico de las enfermedades del páncreas, allá escondido detrás del estómago, poco accesible á nuestros dedos! y aun en los casos de tumores de este órgano, ¿cuántas dudas no caben casi siempre, acerca de si él es el órgano enfermo, ó lo es el fondo del estómago, ó lo es el duodeno ó el hígado mismo cuando el tumor comprime los conductos biliares y determina ictericia por retención y turgencia del hígado y hasta ascitis por compresión de la porta en el íleo del hígado?

Hay una región que es aquella en que el páncreas, el hígado, el duodeno y el píloro están casi en contacto, en la que es muy difícil precisar, aun teniendo en cuenta los trastornos funcionales, cuál es el órgano verdaderamente afectado, cuando en ella existe una tumoración más ó menos difusa que da lugar á síntomas que comprometen en parte el funcionalismo de varios de los órganos que en ella se encuentran.

Podría citar muchos casos de dudoso diagnóstico no resueltos, pero recuerdo uno muy grabado en mi memoria, en el que los antecedentes del enfermo, los síntomas de exploración y el curso del padecimiento hicieron pensar en una neoplasia maligna del píloro, del

páncreas, de la vesícula biliar, del origen del duodeno; estas dudas las tuvieron muchos médicos que vieron al enfermo, y una laparotomía hecha con un fin no de exploración sino terapéutico, puso de relieve que el páncreas no tenía nada, que el estómago y el duodeno estaban normales, que la vesícula biliar no tenía lesión anatómica alguna y sólo el hígado estaba aumentado de volumen en términos no muy exagerados, sin señales ni indicios de tumor en su interior.

Todas estas dudas de diagnóstico en las enfermedades del abdomen, las resuelven los cirujanos con la facilidad con que resuelven todos los problemas, es decir, abriendo el vientre y viendo lo que pasa dentro de su cavidad, pero á pesar de todas estas exploraciones visuales y de tacto intra-abdominal, muchas veces hay que cerrar el vientre sin encontrar lo que se busca y en otras se tiene la sorpresa de no encontrar nada de lo que se había supuesto, y conste que lo que acabo de decir, no es una censura á la laparotomía exploradora, que la encuentro perfectamente justificada y exenta de toda crítica, lo que quiero decir es que, á pesar de ella no se resuelven muchas veces los obscuros problemas de la patología intra-abdominal, pues para resolverlos habría que hacer en vida la autopsia del abdomen, lo cual es muy distinto de la laparotomía reglada y admitida en la práctica.

Estas dificultades diagnósticas le dejan á uno muchas veces, cuando los enfermos sucumben y no se puede hacer la autopsia, que en los Hospitales es cada día más difícil practicar, con una triste incertidumbre y le llenan á uno en otros casos de estupor y de sorpresa al curarse enfermos que no hemos sabido lo que han tenido y que por todos los síntomas que presentaban parecía que habían de sucumbir.

Voy, á propósito de esto, á referir brevemente algunos casos: hará tres meses que ingresó en una de mis salas del Hospital un hombre enjuto, alto, de unos cincuenta años; el color de su piel era mate y terroso, no podía tolerar ningún alimento por más que tenía apetito, el volumen del vientre era enorme, la cavidad abdominal estaba repleta de líquido y los intestinos rechazados hacia la región supra-umbilical.

Este enfermo no había sido palúdico, no sufría ninguna intoxicación crónica, ni era alcohólico, ni sifilítico; su enfermedad databa de cinco meses, esta era toda su historia.

Al explorarle la cavidad abdominal, sólo se notaba timpanismo en la parte alta, fluctuación clarísima en la porción infra-umbilical, las venas superficiales estaban ligeramente dilatadas, las deposicio-

nes eran escasas, la orina no tenía pigmentos biliares, en los parénquimas del abdomen no sé lo que pasaría, porque la exploración era imposible; no había en este enfermo antecedentes tuberculosos, ni síntomas de tuberculosis pulmonar, ni la forma globosa del vientre, la ausencia de dolor á la presión y la falta de todo fenómeno febril, descartaban en absoluto la peritonitis tuberculosa; descartamos igualmente, analizando detalladamente la situación de este enfermo, la cirrosis del hígado, las neoplásias malignas de ninguno de los órganos del vientre, la peritonitis *a frigore*, puesto que el principio de la enfermedad había sido lento y gradual, y nos quedamos como diagnóstico con la duda, y como con este diagnóstico no se pueden llenar más que indicaciones sintomáticas, nos abstuvimos por el momento de toda intervención directa, dejando la punción para más adelante, y nos limitamos á someterle á dieta de leche y á administrarle diuréticos y purgantes; no respondía bien la medicación en los primeros días, el enfermo seguía lo mismo, y ya estábamos dispuestos á hacer una punción para evacuar el líquido y explorar por lo ménos más fácilmente, cuando aparece un timpanismo enorme, que pone tensa la piel del vientre y que llega hasta á obscurecer la fluctuación de la ascitis; entonces dispongo pulverizaciones de éter y aplicaciones frías al abdomen, refuerzo la medicación diurética y administro un purgante suave todas las mañanas; se presenta una abundante diuresis y una copiosa diarrea, disminuye el meteorismo, el vientre comienza á estar flácido, y gradualmente, á partir de esta fecha, todos los síntomas se van desvaneciendo, el estado general del enfermo va mejorando, desaparece su tinte caquéctico y su facies abdominal y llega á estar curado, y digo curado, porque la ascitis desapareció, desapareció el meteorismo, recobró el estómago su funcionamiento normal, el apetito y las digestiones no volvieron á alterarse, y después que la exploración fué posible, no encontré en el vientre nada que me explicase el motivo de todo lo que allí había ocurrido.

Este enfermo salió del Hospital nutrido, fuerte y sano.

No menos notable es otro caso que quedó muy grabado en mi memoria: en la cama núm. 4 ó 5 de la sala de Santa Casilda ingresó hace ya cinco ó seis años una mujer de Manzanares, como de unos treinta y cinco años de edad; llevaba muchos meses de padecimiento, y vino al Hospital, como suele decirse, desahuciada, y también yo la desahucié cuando la reconocí, porque tenía el color amarillo terroso de las caquexias abdominales, estaba flaca y desnutrida y

tenía un vientre ascítico muy grande, sin edemas de las extremidades inferiores; no recuerdo bien, porque hace mucho tiempo, qué tratamiento empleé con ella; lo que sí recuerdo es que no la hice la paracentesis, que se curó, que no supe lo que había tenido y que todavía, después de tantos años, viene desde su pueblo de vez en cuando á visitarme como demostración del reconocimiento que me guarda por haberla curado.

Otra observación no menos interesante voy á referir: un joven de una familia que lleva apellido muy ilustre, cayó enfermo con síntomas de una infección grippal, que después de varios días se localizó en el aparato respiratorio, evolucionando con mucha lentitud; cuando parecía que entraba ya en una franca convalecencia, comenzó á presentar síntomas abdominales, y con gran sorpresa mía y de los compañeros que le asistían, fué desarrollándose un tumor en la cavidad del vientre que llegó á ser enorme; ocupaba desde el hipocondrio izquierdo hasta la fosa ilíaca y rebasaba la línea media; era como un bazo enormemente hipertrofiado, de superficie lisa, de bordes duros, y que nos hizo pensar, dado el estado general de abatimiento y casi de caquexia del enfermo, en alguna neoplasia maligna del bazo. Pues bien; este tumor, que tocamos y apreciamos de una manera clara y que se desarrolló en el transcurso de un par de meses, fué desvaneciéndose poco á poco y llegó á desaparecer, encontrándose hoy el enfermo, siete ú ocho años después de su enfermedad, perfectamente sano y bueno.

Otro caso, y pudiera citar muchos, pero no voy á referir más que éste y el siguiente. Se presentó en mi consulta el otoño último una mujer como de cuarenta años, flaca y desnutrida, con fiebre todas las tardes y con diarrea; recogidos sus antecedentes y reconocido el vientre, encontré síntomas bastantes para diagnosticar de apendicitis tuberculosa con peritonitis localizada de la misma naturaleza. Pocos días después vuelve esta enferma á mi consulta, acompañada de su médico, y me dice que habiendo consultado con otros dos colegas, de renombre merecidísimo y de reconocido saber, el uno había dicho que padecía una hepatitis y el otro una dislocación del riñón. Refiero el hecho como prueba de lo que estoy demostrando, pero no me atrevo á decir de parte de quién estaría la razón; es muy posible que de ninguno, y que al hacer la autopsia de esta enferma, que yo creo que se habrá muerto, nos hubiéramos encontrado con alguna sorpresa.

En el núm. 8 de la sala de Santiago entró en este curso un hom-

bre de unos cincuenta años, desnutrido, anémico y con tinte terroso de la piel; tan falto de fuerzas se encontraba, que no podía permanecer de pié un momento; esta debilidad no era debida á atrofia muscular, sino á la hipoglobulia que tenía; sus digestiones eran normales en el estómago y en el intestino, pues que no había ni diarrea ni astricción, no había tampoco meteorismo, ni dolorimiento en el vientre, ni el tacto apreciaba tumoración alguna; el hígado se encontraba normal, así como el bazo; tampoco en la orina demostró el análisis ninguna substancia anormal. Ningún tónico, ni la alimentación, ni los enemas de sangre, ni ninguna de las medicaciones que empleamos, consiguieron levantar aquellas fuerzas, y el enfermo sucumbió sin nuevos síntomas; ya en vida pensamos que posiblemente habría alguna neoplasia difusa en el tubo intestinal, y en efecto, en la autopsia encontramos que la segunda porción del duodeno estaba engrosada y como recubierta la mucosa de una substancia coloidea en la extensión de unos 10 centímetros.

Suponiendo que se trataba de un cáncer coloideo, mandamos este trozo de intestino á un laboratorio para su análisis, pero hasta la fecha no hemos tenido contestación alguna, lo que nos hace suponer que ese producto se habrá extraviado.

En mi consulta se presentó una muchacha no hace mucho tiempo, que venía diagnosticada de pielonefritis calculosa, y á la que se había pensado ya en hacer la nefrectomía. Yo no encontré ningún síntoma de esta enfermedad ni en la exploración ni en la orina; la enferma acusaba un dolor constante, fijo y profundo por debajo de las costillas falsas del lado izquierdo, que se extendía hacia la región renal. Después de dos exploraciones, me convencí de que el dolor estaba producido por el riñón izquierdo dislocado, riñón que toqué, puesto que tal me pareció, una tumoración que en dicho sitio se apreciaba, de superficie lisa y de borde redondeado y convexo. Hecho este diagnóstico, aconsejé á la familia que viese á la enferma un cirujano muy distinguido, el cual hizo el mismo diagnóstico, sin tener conocimiento del que yo había hecho. Convenida la fijación del riñón, previos otros reconocimientos que confirmaron el juicio primitivo, se dió cloroformo á la enferma, y antes de comenzar la operación, se vió que el supuesto riñón había desaparecido y que no había tumor de ninguua clase. Como es natural, no se practicó la operación, y la enferma se quedó bien de sus molestias.

No refiero más casos, aunque pudiera citar muchos, porque no quiero cansar la atención de mis lectores; bastan éstos para demos-

trar lo difícil que es muchas veces el diagnóstico de las enfermedades del vientre.

Si todos estos casos hubieran sido vistos por mí solo, no me atrevería á considerarlos como casos de diagnóstico difícil, sino como enfermos en los que yo no había sabido hacer el diagnóstico; pero todos ellos han sido observados por otros compañeros, los de mi visita particular por médicos de justò y merecido renombre; los del Hospital por los compañeros que me honran asistiendo á la visita, de suerte que no cabe duda que en todos ellos no se ha podido hacer el diagnóstico ó éste ha sido erróneo, no por impericia del médico, sino por imposibilidad de hacerlo.

Quédame por tratar un punto, que es el referente al diagnóstico de las enfermedades del aparato utero-ovárico, en el que los medios de exploración son más completos, porque de una parte, los síntomas de la enfermedad tienen contornos mejor definidos, y de otra parte, la exploración por la vagina, llevando las impresiones de tacto hasta el cuello del útero, de cuya posición da exacta idea, á los fondos de saco, de cuya flacidez, turgencia y consistencia da noticia exacta, completan los datos suministrados por la exploración de las paredes del vientre y facilitan un diagnóstico exacto.

A pesar de esto, alguna vez también nos equivocamos en estos diagnósticos: en la fosa ilíaca derecha sobre todo, la vecindad del ciego y del apéndice con el ovario y el ligamento ancho, puede inducir á errores, de los que he visto algunos ejemplos, pero de los que no voy á referir más que uno: una señora joven da á luz un hijo; los cuidados de asepsia son minuciosos, pero, á pesar de esto, á los pocos días la enferma siente dolor en la fosa ilíaca derecha, la región se pone tumefacta poco á poco, después aparece una fluctuación muy profunda, pero indudable; la tocamos varios; hasta en una consulta se dibuja por uno de los que asisten á ella el sitio que ocupa el foco purulento; todos estamos unánimes, no hay la más pequeña discrepancia, la enferma tiene fiebre y se desnutre, y llega un momento en que no abriéndose el foco por la vagina, se conviene en operar. Un peritísimo cirujano que ha asistido á esta enferma es el encargado de operarla, y con su habilidad excepcional incinde la piel á dos traveses de dedo por encima del ligamento de Poupart, continúa su labor delicada hasta llegar á la fosa ilíaca, y cuál no sería su sorpresa y la de los que presenciábamos el acto quirúrgico y que habíamos hecho el ciertísimo diagnóstico que le motivaba, cuando nos encontramos con que no había pus, ni en la fosa ilíaca,

ni en el ligamento ancho, ni en el paquete adiposo pericecal, ni en ninguna parte. La enferma se curó, está buena y ha tenido después varios hijos.

Basta lo dicho para demostrar que es cierto el enunciado de este artículo. Tratándose de la cavidad del vientre, no podemos vanagloriarnos de certidumbres diagnósticas; hay enfermedades muy claras, pero las hay muy obscuras, y sobre todo tratándose de tumores, de abultamientos circunscritos ó difusos, existen dificultades muy grandes para precisar su naturaleza; la laparotomía aclara las dudas en muchos casos, pero no en todos; además, no puede ni debe practicarse siempre. Las autopsias de todos los enfermos dudosos de vientre que sucumben darían un abundante material de casos raros y curiosos, pero no pondrían nunca de relieve la naturaleza de la enfermedad en esos sujetos que se curan sin haber podido hacer un diagnóstico de su enfermedad.

Este artículo está hecho con espinas que son muy frecuentes en la práctica médica; ¡son nuestros desengaños! : no siempre se ha de escribir sobre las rosas que son nuestros triunfos y nuestros éxitos; conviene contar los triunfos y las decepciones, porque éstas suelen enseñar mejor y más que aquéllos.

SOBRE UNA PRESENTACIÓN ANÓMALA

POR EL

DOCTOR DON A. JOSÉ DE APELLANIZ

Médico titular de Palenzuela (Palencia).

Por creer que el siguiente caso de clínica obstétrica ofrece particularidades dignas de mención y se presta á algunas reflexiones prácticas, es por lo que me atrevo á darlo á conocer á los ilustrados lectores de la REVISTA.

A. E., de veintisiete años, linfática, bien conformada; sin ningún antecedente hereditario morboso; mujer á los dieciseis años sin irregularidad alguna; ha tenido sucesivamente en cinco años: un aborto penosísimo de cinco meses, un parto de término á los once del anterior; á los dieciocho meses otro análogo de presentación de vértice, pero ambos penosos y prolongados; á los catorce meses de

aquél un aborto gemelar de fetos cianóticos é invertidos, esto es, uno en presentación de vértice y otro de nalgas, atribuído á cargar cántaros en el vacío izquierdo, y por último, al año de aquél, el parto objeto de la actual comunicación, cuyo embarazo sólo fué perturbado por las molestias propias de toda gestación.

El 24 de mayo por la tarde se presentaron los primeros dolores, que acentuándose en número y fuerza siguieron hasta las seis y media de la mañana del siguiente día en que á consecuencia de una maniobra de la mal llamada partera, rompióse la bolsa de las aguas, cesando por completo los dolores con procidencia de un pié del feto del que aquella tiró sin ningún resultado.

Esterilizadas las manos con un lavado de agua caliente y jabón, aguardiente y solución sublimada al medio por 1000, preparada *in situ* con el papel Cea, lavé por medio del irrigador de goma la parte procidida que estaba lívida y el conducto vaginal y reconocí en lo posible la presentación, hallando en la vagina una extremidad inferior izquierda cuyo pié entreabría la vulva, del que el talón miraba hacia el pubis, y más arriba, una extremidad torácica que salía por el borrado cuello uterino, la que sirviéndome de guía me permitió hallar el hombro derecho en la parte inferior de la fosa ilíaca izquierda, en la que la palpación abdominal me demostró la presencia del ovoide cefálico al que limité perfectamente, merced á la relajación completa de las paredes útero-abdominales, notando que el dorso del feto miraba adelante y á la izquierda de la madre. Me encontraba, pues, ante una presentación atípica, hallándose el tronco del feto en una flexión forzadísima lateral derecha hasta el punto de haber procidencia, cual ya he dicho, de las extremidades inferior izquierda y superior derecha, con una complicación hasta cierto punto providencial, que me permitió obrar con toda libertad, cual era la completa inercia de la matriz, sospechando la muerte del feto por la lividez de la extremidad que había visto.

Echada la paciente en el borde de la cama y con los piés apoyados en dos sillas separadas, me coloqué entre éstas teniendo á mi lado dos jofainas con solución sublimada al 1 por 3000. Introduciendo dos dedos de la mano derecha en la cavidad uterina, hasta alcanzar la axila derecha del feto, intenté reducir el brazo procidido, mientras que con la izquierda á través de las partes blandas trataba de elevar la cabeza fetal y desencajarla de la fosa ilíaca izquierda. Reducido el brazo, fuí en busca de la extremidad inferior derecha, sirviéndome de guía la izquierda, hallando la nalga correspondien-

te y teniendo que introducir toda la mano en la cavidad uterina, pues la tal extremidad derecha se hallaba extendida cual férula en la parte anterior del cuerpo del feto, consiguiendo tras árduo trabajo favorecido por la inercia uterina, enganchar el muslo con el índice y medio cerca del pliegue inguinal, haciendo deslizar dicha extremidad por la concavidad del sacro hasta que logré sacarla por el orificio vulvar.

Vencido este obstáculo, hallábase salvada la principal dificultad, pues se trataba de una paciente con unos diámetros pélvicos enormes, y tirando suavemente de las extremidades inferiores del feto, hacia adelante y arriba, conseguí sacar parte del tronco, notando un débil latido funicular y que el ovoide cefálico unido á los brazos de la criatura se presentaba extendido á los diámetros del estrecho superior, con el occipucio detenido en el pubis, procediendo á la extracción metódica de cada una de las extremidades superiores, enganchándolas con el índice encorvado por el pliegue del codo, primero la derecha y luego la izquierda, terminando la extracción del feto, haciendo bascular la cabeza en la cavidad pélvica, introduciendo el índice derecho en la boca del niño, tirando hacia abajo, mientras que con dos dedos de la mano izquierda empujaba de abajo arriba el occipucio, sosteniendo el feto acabalgado y descansando su plano anterior sobre mi antebrazo derecho.

Coloqué dos pinzas de Pean en el cordón umbilical, seccionándole entre ambas, abandonando unos momentos á la paciente para acudir á la criatura, recomendando se hicieran á aquella suaves expresiones uterinas á través de la pared abdominal para estimular aquél órgano y obtener el desprendimiento espontáneo de la placenta y membranas ovulares.

En el niño, en estado de muerte aparente, se practicó la limpieza de boca y faringe de las mucosidades que tenían, haciendo la respiración artificial por medio de la proyección de la mandíbula inferior cogida entre el pulgar é índice, combinada con la elevación y aproximación alternada de los brazos al tórax, consiguiendo al cabo de diez minutos el primer grito.

Al cabo de veinte minutos y en vista de no presentarse dolor alguno en la madre y previa esterilización manual, extraje los anejos del huevo sin dificultad alguna, comprobando su completa integridad para que no quedara resto alguno en la cavidad uterina, procediendo á un prolongado lavado con solución sublimada al 1 por 3000 y administrando tres papeletas de cornezuelo de 30 centigra-

mos una, para prevenir la hemorragia *post partum* inminente en vista de la inercia uterina, recomendando la aplicación en la abertura vulvar de compresas hervidas y empapadas en la solución antiséptica ya mencionada.

Los resultados de la intervención no pudieron ser más lisonjeros, pues aparte una ligera hipertermia reaccional presentada en la tarde de efectuarse aquella (38°,6 con 92 pulsaciones), la temperatura se mantuvo normal, pues á las doce de la noche, en que fuí llamado por suspenderse por breve tiempo el flujo loquial, era de 37°,4; á las ocho de la mañana del siguiente día 36°,7 y 37°,1 á las seis de la tarde y así siguió en los demás días, no obstante la subida de la leche, demostrándose una vez más el origen verdaderamente infeccioso de la mal llamada fiebre láctea, levantándose la puérpera al décimo día sin ninguna novedad.

Expuestos los hechos, veamos ahora la interpretación de algunos de ellos: ¿á qué obedecía tan extraña presentación? Por lo que se refiere á las partes procididas, no puede formarse un juicio exacto de aquella, pues sólo se conceptúa como tal la relación de coincidencia entre una parte principal del ovoide fetal con el estrecho superior de la pelvis, ó más brevemente, la parte fetal que primero desciende por la hilera genital, y como ya se ha dicho, se presentaban simultáneamente el pié izquierdo (presentación podálica, variedad de pié) y el brazo derecho (presentación torácica), estas partes no podían darnos idea de la presentación, así es que la palpación abdominal, auxiliada del tacto vagino-uterino, nos demostraría las partes del feto que se presentaban al estrecho superior, coincidiendo con el diámetro oblícuo derecho (tomando como punto de partida la rama pubiana), la orientación general del feto, constituyendo, pues, una presentación dorso-anterior, posición cefálica izquierda, por hallarse la cabeza del feto en la fosa ilíaca correspondiente de la madre. Mas ¿á qué atribuir el prolapso simultáneo de ambas extremidades, inferior y superior, de lados opuestos, cuando lo frecuente en las presentaciones transversas es el brazo ú hombro correspondiente á la posición de la cabeza fetal? Hecho tan anómalo tiene, á mi juicio, la siguiente explicación: dado, como ya he dicho, que se trataba de una paciente de diámetros pelvianos considerables, es muy posible que en el momento de iniciarse el trabajo del parto se hallara el feto en presentación típica dorso-anterior cefálica ilíaca izquierda, y como quiera que en estos casos no puede verificarse la expulsión fetal en dicha posición por los solos esfuerzos

de la madre, se iniciaría la versión espontánea, transformándose aquélla en la más favorable, para terminar el parto por el sólo trabajo de la mujer, esto es, en una presentación podálica, versión inoportunamente sorprendida por la imprudente maniobra de la partera, que sin duda rompió la bólsa amniótica creyendo acelerar el trabajo del parto, ciñéndose la matriz en un último esfuerzo al cuerpo del feto en la posición en que se hallara, saliendo por el borrado cuello uterino las extremidades más próximas, explicación que me ha sido sugerida en vista de una de las fases que asigna Spiegelberg al mecanismo normal del parto en las presentaciones transversas.

En cuanto á la inercia uterina que vino á favorecer la intervención obstétrica y que se presentó al romperse la bolsa amniótica, puede explicarse perfectamente por una paresia secundaria del músculo uterino, debida á la falta del excitante fisiológico del reflejo sensitivo-motor de su contracción, representado por la bolsa de las aguas ó por una parte fetal que se apoye ocluyendo completamente el orificio del borrado cuello de la matriz, punto de partida de aquel mencionado reflejo, puesto que aquélla se rompió y las extremidades procididas ocluían mal aquel orificio, siendo insuficiente la excitación producida. El coincidir la cesación de los dolores con la rotura de las envolturas ovulares, abogaría en favor de esta teoría más que por la de un trabajo prolongado, de una impresión moral fuerte ú otra de las que han invocado los autores para explicar la inercia más ó menos completa de la matriz.

Las consecuencias prácticas deducidas del presente caso se reducen: 1.° A la completa inocuidad de esta clase de intervenciones gracias á los cuidados de escrupulosa limpieza que en todos puntos pueden improvisarse, debiendo preferir en la práctica rural el uso de medios antisépticos para conseguir aquélla á los de una asepsia dudosa; 2.°, á desechar por completo el uso del cornezuelo de centeno y derivados para provocar las contracciones uterinas siempre que en la matriz se halle todo ó parte del producto de la concepción, pues si bien es el hemostático de elección de aquélla, su uso como oxitócico y ecbólico ofrece demasiados peligros (tetanismo, retención de partes), buscándose en casos como el presente hasta por medio de la semianestesia, una completa inercia uterina para verificar la extracción del producto de la concepción. Y por último, debe el médico evitar siempre la intrusión de personas ineptas en el ejercicio de su profesión, con desdoro de la misma y perjuicio para el en-

fermo, sobre todo en casos de esta índole, pues en el parto es donde se ciñe sobre la mujer la mayor suma de peligros que puede y debe el médico evitar.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Lesiones inflamatorias del raquis, por el Dr. M. Roca. Madrid, 1900.
II. Desporlación de Alcudia, conferencia dada en el Colegio médico-farmacéutico de Palma de Mallorca, por D. Enrique Fajarnés y Tur. Palma de Mallorca, 1899.
III. Mortalidad infantil en Barcelona; sus causas y profilaxis, por el Dr. Juan Coll y Bofill. Barcelona, 1900.

I

No es frecuente encontrar trabajos de esta naturaleza, en los que se consignen casos clínicos perfectamente estudiados, desde el punto de vista anatómico, fisiológico y patológico en el orden normal y en las anomalías ocasionadas en la columna vertebral de tan peculiar condición estática y funcionalmente considerada; por eso, la obra que nos presenta el Dr. Roca, distinguido profesor de la Facultad de Medicina de Cádiz, es de las que, referentes á determinado asunto científico, son el estudio completo de la materia observada, y sirven de consulta provechosa para la enseñanza. Sobre tan sólidas bases, desenvuelve su estudio de lesiones inflamatorias del raquis, haciendo su historia, que expresa en las ideas emitidas por D. Federico Rubio; en capítulos bien expuestos da á conocer las lesiones anatómicas, que se comprueban, aunque sin dificultad, para hacer autopsias con motivos de enfermos de esta clase; precisa la anatomía y fisiología relativa á los grandes ligamentos vertebrales y á la columna vertebral; su etiología y patogenia, expuesta con gran escrupulosidad; las lesiones anatomo-patológicas, intra y extra-raquidianas; los procesos curativos del raquis; la sintomatología perfectamente detallada y expuesta con claridad; el diagnóstico diferencial de otras lesiones, y, por último, el tratamiento de estas especiales lesiones en todos sus períodos, capítulo de gran interés por el análisis

que hace de todos los tratamientos empleados, y el juicio crítico de los conocidos, especialmente del de Chipault y Calot.

Con su obra, el Dr. Roca llevará el conocimiento científico de estas lesiones al ánimo de quien dudase de ellos, y como él desea, podrá el cirujano aspirar á *diagnosticar bien y á tiempo estas lesiones, pues cumplida esta aspiración científica, el número de jorobados se reducirá á cero.*

II

Al dar á conocer el Dr. Fajarnés cuanto se relaciona con este punto la demografía de Alcudia, se manifiesta como un excelente higienista en forma de exposición de ideas y de claro concepto, que no desmerece de otros trabajos por él publicados no hace mucho tiempo, y de los cuales hemos dado cuenta. Son de tal índole sus trabajos, que casi puede decirse que la ciudad de Palma de Mallorca, en todos sus detalles, desde el punto de vista higiénico, son conocidos, y pueden servir de base para quien quiera conocerla médica y socialmente considerada. Felicitamos cordialmente al Dr. Fajarnés por su nueva y útil publicación.

III

Bien merecen los problemas de la infancia atención constante, á fin de conservar la salud en los primeros años de la vida, porque atendidos debidamente, el engrandecimiento de los pueblos es su consecuencia obligada, y los Gobiernos, el hombre filántropo y la sociedad en general, gozarán de la satisfación del bien realizado en favor de la humanidad. Por este sólo concepto, ya nos merece simpatías la obra del Dr. Coll y Bofill, si su mérito no fuera tan suficiente como ha estimado la Academia de Higiene de Cataluña, al otorgarle justo premio á su valor. Muchos han sido los médicos españoles que de asuntos de higiene de la infancia se han ocupado, bien con el carácter general, como se hace en esta Memoria, bien sobre asuntos particulares de los muchos que en ella se indican, y todos algo han contribuído á que nuestros Gobiernos y la caridad privada preste su concurso á la obra de protección á la infancia por diversos medios, aunque no al grado que es preciso para alcanzar el fin que se busca. La obra del Dr. Coll y Bofill, servirá de importante y estimable estímulo á este fin, porque después de estudiar muy á fondo los natalicios y mortalidad en Barcelona, apunta, muy atinadamente,

las causas principales de mortalidad infantil y los medios más importantes de su profilaxis, consignando en cuadros estadísticos y gráficos de mucho mérito, el resultado de estos trabajos.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Elefantiasis de la mano tratada por el masaje. — En la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, publica el Dr. J. Vendrell el caso siguiente:

Vicente Martínez Pujol, de treinta y cuatro años de edad, natural de Palma de Mallorca, y sin antecedentes patológicos hereditarios ni propios, sufrió en julio de 1898 y en ocasión en que estaba limpiando pescado, una intensa punzada en la región mesotenar de su mano derecha.

Refiere el enfermo que durante los quince primeros días notó un intenso dolor acompañado de hinchazón de la mano, fenómenos que desaparecieron con un tratamiento apropiado.

En enero de 1899 apareció de nuevo el dolor, y además unas manchas negruzcas en distintos puntos de la mano, intensa fiebre, hasta llegar á veces á 42° y delirio, durando este cuadro unos ocho días, después de los cuales salió espontáneamente pus por las manchas negruzcas ya indicadas anteriormente. Desde esta última fecha, limpiábanle los focos de supuración, y cuando le aparecían de nuevo, dice que se los abrían y notaba además que su mano continuaba hinchándose de una manera tan enorme, que le propusieron la amputación de la misma, y ante una indicación tan radical y enérgica, decidió ir á Barcelona á mediados de diciembre próximo pasado.

Consultado el Dr. Cardenal indicóle la conveniencia del masaje, y si éste no daba resultados satisfactorios, que luego le practicaría la amputación.

En su presencia, pudo observar á un individuo bastante robusto, si bien con cara que denotaba largo sufrimiento. Su mano derecha presentábase abultada extraordinariamente, el dorso de la misma estaba invadido por extensas costras y verrugas bañadas por un líquido muy fétido, ausencia de falangina y falangeta del meñique, parálisis del índice, y además dos trayectos fistulosos que se abrían en la parte inferior del carpo, y de los cuales manaba un líquido fibrinoso, coagulable y muy fétido; introduciendo el estilete en los mismos, notábase en diversos sitios del carpo sensación de hueso denudado de su periostio. Había dolor al menor movimiento y al más suave contacto. Los fenómenos de hinchazón y dolor extendíanse hasta el codo, y una marcada rubicundez contrastaba con otras porciones blanquecinas en los sitios no ocupados por las costras. Observando un estado subagudo de las lesiones que se habían desarrollado, no encontrando ningún foco de supuración que pudiera dar lugar á fenómenos metastásicos si por

el masaje se le molestaba, y previa *toilette*, le dió una suave y laboriosa sesión de masaje, maniobra que repetía al principio todos los días, y luego en días alternos, pudiendo tomar el alta con nota de curado á últimos de febrero próximo pasado. Además, durante este tratamiento tomaba una poción iodo-iodurada por indicación del Dr. Cardenal, y también cuando se acentuaban los fenómenos irritativos, se le aplicaban fomentaciones timoladas ó bien baños albuminosos.

¿Qué diagnóstico debía formularse en vista del conjunto de síntomas indicado?

Pensó si se trataría de un *eczema* consecutivo ó un proceso inflamatorio antiguo de la mano, pero luego se desvanecieron sus dudas al levantar las costras y encontrar debajo de ellas la piel normal; únicamente estaba rojiza y algo endurecida.

Por la forma de *pala* que presentaba la mano podía tratarse de un *absceso profundo* de la misma, pero no había fluctuación, y además, en caso de haber existido, ahora sólo quedaban las huellas del mismo, pues las aberturas espontáneas que se fraguaron, bien podrían ser consecuencias de este proceso.

No podía tratarse tampoco de un *flemón difuso*, pues en éste la piel preséntase rojiza, lustrosa, y en este caso era mate, alternando con sitios encarnados; además, en el flemón la piel es dura, y aquí presentábase blanda y lardácea.

El dolor á veces lancinante, el aspecto verrugoso y la presencia de infartos ganglionares fueron causa de que alguno emitiera el diagnóstico de *carcinoma* y le propusiera la amputación; pero se notaba que las verrugas eran blandas, se desprendían con mucha facilidad ó bien desaparecían con la presión algunas de ellas y los ganglios no eran más que retenciones de leucocitos y productos de exudación absorbidos por los linfáticos; á lo menos así debía suponerse dada la naturaleza del líquido fibrinoso y coagulable que de todas partes manaba.

Con la *esclerodermia* no podía confundirse, pues la piel aparece como momificada y petrificada, y además siempre tiene tendencia á generalizarse.

En presencia, pues, de un edema inflamatorio crónico, con hiperplasia probable de la piel y tejido celular subcutáneo y jugando el sistema linfático el principal papel, pues los ganglios y conductos linfáticos encontrábanse algún tanto doloridos, diagnosticó de *elefantiasis de los árabes* y variedad verrugosa, pues las aglomeraciones papilares llegaban á constituir eminencias verrugosas.

No podía confundirse con la *lepra de los griegos*, pues ésta no va acompañada de linfangitis, y siempre tiende á generalizarse convirtiendo al enfermo en un estado caquéctico.

El *pronóstico*, debe hacerse grave, pero con algunas reservas, pues si la vía linfática no está completamente obstruída, si los vaso-motores responden á las excitaciones producidas por el masaje y balneación, se obtendrán resultados inesperados.

El tratamiento más racional en estos casos es el masaje, ya que él es el único que cumple con las indicaciones que se desprenden de la anatomía patológica de estas lesiones.

Resumiendo, pues, y aplicando la anatomía patológica al caso actual, se notaba en su mano un aumento de volumen ocasionado por la hipertrofia de la piel y tejido celular subcutáneo, con propagación de las lesiones, dados los fenómenos de edema inflamatorio crónico que en ella se observaban á los músculos, aponeurosis y huesos, pues por la radiografía que se obtuvo, pudo observarse lo comprometida que estaba la nutrición de los mismos huesos, huella evidente de los trastornos inflamatorios que en ellos se habían fraguado.

Si el masaje tiene por objeto activar la circulación y, como consecuencia, la nutrición y reabsorción de exudados, claro está que hay en este método un auxilio poderoso para tratar lesiones de esta índole; y si la cirugía es más conservadora desde la aparición de las curas antisépticas, á éstas hay que sumar el masaje también como medio de conservación, pues muchos miembros, á pesar de los antisépticos, serían amputados si no existiera el masaje.

La iridectomía y la esclerotomía como tratamientos del glaucoma.—El doctor Sánz y Blanco, publica en la *Revista de Oto-Rino-Laringología Española*, las siguientes consideraciones relativas á este asunto:

La paracentesis de la cámara anterior, la sección del músculo ciliar (Hancock), la iridectomía y la esclerotomía, han sido y son los medios quirúrgicos de que los oftalmólogos se han valido para combatir esta enfermedad.

Casi desechada ya la paracentesis, pues con ella se han conseguido alivios, siempre pasajeros, comprobando que la miotomía ciliar de Hancock no produce mejores resultados que la citada paracentesis, siendo en cambio de más difícil ejecución y más peligrosa práctica de lo que parece, sólo á la excisión del iris (iridectomía) y á la sección de la esclerótica (esclerotomía) debemos recurrir como tratamiento quirúrgico del glaucoma.

Debida la iridectomía al ingenio de Graefe, que la dió á conocer á mediados del presente siglo, al generalizarse su ejecución, se vió que no estaba exenta de algunos inconvenientes y aun de peligros en ocasiones; y considerando Wecker, por otra parte, que la excisión del iris no contribuye en modo alguno á los beneficiosos resultados obtenidos, estableció una nueva intervención, con la que se limita á la sección de la esclerótica en todo su espesor, ó sea la esclerotomía.

El perfecto conocimiento de cómo obran estas dos operaciones no se ha logrado alcanzar, pues para poder darse cuenta de su acción curativa hay que empezar por conocer el modo íntimo de ser la enfermedad, lo que en el estado actual de la ciencia no ha pasado del terreno de las hipótesis.

Es, en efecto, el glaucoma un proceso que califica de indefinido y sobre cuya patogenia más se ha teorizado; glaucomas se llamaban en tiempo de Hipócrates á todas las opacidades existentes más allá del iris, y no sólo se confundían con este nombre las cataratas, sino que se señalaba al cristalino como el sitio en que el proceso se fijaba. Cuando Briseau hizo saber que éste no se encuentra en el cristalino, sino que radica en partes más profundas del ojo, inclinándose él á creer que en el vítreo, las teorías y opiniones siguieron rumbos diferentes, y continuamos sin poder decir de un modo fijo y definitivo qué es esta enfermedad y si asienta en un

punto determinado del ojo se sabe sólo, sí, que el glaucoma es un proceso vascular que da lugar á un cuadro de síntomas externos fijos que sirven de base al diagnóstico (perturbación visual, dolores periorbitarios, pereza en los movimientos del iris y aumento de presión intraocular), combinados con otros oftalmoscópicos que demuestran que todas las partes del ojo están comprendidas en el proceso; es de advertir que existen algunas enfermedades de este órgano que, dando lugar á estos mismos síntomas externos, no pueden considerarse ni son verdaderos glaucomas, pues careciendo de los signos oftalmoscópicos de generalización propios de ellos, presentan en cambio los peculiares de las coroiditis, ciclo-coroiditis, etc., de las que son resultado; estos estados son los que de un modo genérico se conocen con el nombre de glaucomatosos tensivos ó glaucomas falsos, que no deben confundirse con los verdaderos.

La característica del glaucoma propiamente tal, estriba en la existencia de lesiones más ó menos profundas de todas las partes constituyentes del ojo que desde la conjuntiva y aun los párpados hasta la retina, se observan como consecuencia de alteración vascular.

La hipertonia, siendo común al glaucoma verdadero y á los estados glaucomatosos, es el fenómeno más importante por ser el que da lugar á los dolores, perturbaciones visuales y parálisis del iris, así como porque por su persistencia se determina la atrofia de los cuerpos ciliares, iris, coroides, retina, etc., como consecuencia de la compresión que estas partes sufren; fijando que esta hipertonia es el resultado de la falta de relación que normalmente existe entre la corriente líquida que el ojo recibe y la que expulsa, ya porque aumenten los ingresos ó por dificultades eliminatorias, se comprenderá que la indicación que de modo más urgente tenemos que cumplir, es restablecer este equilibrio perdido para evitar sus fatales consecuencias, no siendo posible disminuir de un modo rápido y hacedero la corriente de ingreso, se abrirán las puertas de eliminación aprovechando las vías naturales ó estableciendo otras nuevas por donde pueda verterse parte del líquido sobrante, lo que se consigue á beneficio de una intervención quirúrgica.

La paracentesis de la cámara anterior cumple en parte esta indicación, pero su acción dura poco tiempo.

La iridectomía y la esclerotomía dan resultados más positivos; la esclerotomía se limita á cortar la esclerótica en todo su espesor en el limbo corneal, dejando intacto el iris, trazando con un esclerotomo una incisión semejante á la que se hace para la operación de la catarata por el procedimiento lineal de Graefe, de la que se diferencia en que no se concluye de tallar el colgajo, y que para hacer la iridectomía es preciso no sólo incindir la esclerótica, sino atraer á través de la herida córneo-escleral una porción determinada de iris que se excinde con tijera.

Ambas operaciones influyen beneficiosamente sobre el glaucoma, porque al perforar las cubiertas del ojo, provocan la salida de cierta cantidad del líquido que contiene, y porque la cicatriz que resulta, obrando á modo de filtro, deja trasudar de un modo constante el humor acuoso, que continuamente se va reponiendo.

El Dr. Sánz y Blanco afirma que siendo la esclerotomía de más peligrosa

práctica, pues por efecto de lo periférico de la incisión fácilmente se determinan prolapsos del iris, no encontrando para su científica aplicación más que momentos muy determinados, como son aquellos en que es peligrosa la iridectomía (glaucoma hemorrágico ó con adherencias sólidas del iris) ó que no es posible ejecutarla, por la atrofia intensa del iris ó falta de cámara anterior, logrando con la iridectomía, y sólo por el hecho de la excisión, aparte de la salida de cierta cantidad de sangre, que siempre contribuye á la mayor libertad de la circulación uveal, establecer una constante y directa comunicación entre las venas y el conducto de Schlemm, que no se puede negar que es la vía de eliminación linfática más importante del ojo, cumpliendo así una misión evacuante en mayor grado que ninguna otra operación, se debe acudir á ella con preferencia, y sólo en los casos de imposible ejecución emplear la esclerotomía. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de terapéutica, farmacología y materia médica.

Tratamiento de la litiasis.— El Dr. NAUNYN (de Estrasburgo) : Los cálculos biliares se forman en la vesícula y en todas las ramificaciones del conducto hepático.

La colesterina y el calcio (bilirrubinato de cal), principales componentes químicos de los cálculos biliares, proceden de la mucosa de las vías biliares. Los catarros litógenos de la mucosa pueden ser provocados por microbios (coli-bacilo, bacilo de Eberth, etc.) ; son, por lo tanto, de origen infeccioso. No se necesita una gran virulencia de los gérmenes para la formación de las concreciones ; son más eficaces las infecciones ligeras, por microbios de virulencia atenuada, que provocan los catarros litógenos. Estas infecciones ligeras pueden producirse en cuanto hay estancación de bilis. La bilis normal no es completamente estéril ; pero sus gérmenes carecen de virulencia cuando la evacuación biliar es normal.

Resulta, de lo que precede, que los trastornos en la evacuación de la bilis son la causa principal de la formación de los cálculos. El tiempo necesario para esta formación, es muy variable. Las concreciones biliares pueden permanecer mucho tiempo en la vesícula, sin producir síntoma alguno.

Entre las consecuencias de los cálculos en las vías biliares, merece citar-

se, en primer término, las inflamaciones de la mucosa, la colecistitis, la colangioitis calculosa.

La colecistitis infecciosa puede provocar una expulsión de cálculos, y ser el origen de cólicos hepáticos y de ictericia. Los cólicos hepáticos pueden ser el origen de una colecistitis cuando el cálculo abandona la vesícula biliar.

La colelitiasis es susceptible de curar en cualquier fase de su evolución al ser expulsados los cálculos por las vías naturales ó por fístulas. En la mayor parte de estos casos, sólo curan las complicaciones infecciosas, la enfermedad se hace latente, en cuanto cesa la obstrucción de las vías biliares. Esta curación aparente puede durar un tiempo indefinido.

La cirugía es la única capaz de conseguir la curación completa. La terapéutica interna sólo puede aspirar á combatir la obstrucción de las vías biliares, y á curar las complicaciones infecciosas.

El medio más eficaz es una secreción de bilis lo más abundante posible. Pero es muy dudoso que los medicamentos que provocan una secreción de bilis abundante en estado normal, hagan lo mismo cuando las vías biliares están obstruídas. La ineficacia de los medios colagogos parece natural cuando existe una colangioitis infecciosa.

Los procedimientos terapéuticos, consagrados por el uso, tienen por objeto curar la colecistitis y la colangioitis.

Los Dres. A. Gilbert y L. Fournier (de París): La litiasis biliar es, la mayor parte de las veces, resultado de una acción microbiana — casi siempre coli-bacilar — sobre la mucosa de los conductos excretores de la bilis.

La infección ascendente por gérmenes suficientemente virulentos, produce una angiocolecistitis catarral superficial; el moco segregado en abundancia, el epitelio descamado y degenerado, suministran en gran cantidad la cal y la colesterina, elementos constitutivos principales de los cálculos. La cal se combina con los pigmentos y forma compuestos insolubles. Los pequeños precipitados de bilirrubinato de cal, las células epitélicas descamadas, aglutinadas por el moco, pueden formar los centros primitivos, los núcleos de los cálculos.

La litiasis biliar constituye el tipo de las litiasis de origen parietal, que puede oponerse á las de origen secretorio.

La infección ascendente de las vías biliares es frecuentísima y debida á causas variadas; el éxtasis biliar es la condición esencial; es posible que algunas hetero ó auto-intoxicaciones sean litógenas por este mismo proceso de angiocolecititis catarral.

Es posible la curación espontánea de la litiasis biliar por la expulsión de los cálculos ya formados y la *restitutio ad integrum* de la mucosa de las vías biliares. La atrofia y el arrugamiento de la vesícula sobre los cálculos, el enquistamiento de éstos son pseudo-curaciones que no evitan el peligro de las infecciones graves.

Ciertas reglas higiénicas constituyen medios profilácticos eficaces contra la litiasis (comidas regulares y frecuentes, vestidos que no compriman ni disloquen los órganos abdominales, ejercicio, vigilancia de las funciones digestivas, etc.); uno de sus resultados principales es suspender, de cierto modo, el éxtasis biliar y la infección ascendente.

El tratamiento profiláctico se completará siempre por una serie de medios higiénicos (alcalinos, colagogos, amasamiento abdominal, y en particular, de la vesícula, grandes enemas fríos), sobre todo, después de los embarazos, de las enfermedades generales que van acompañadas con tanta frecuencia de infecciones biliares ascendentes (fiebre tifoidea, paludismo).

No es posible curar la litiasis biliar por los diferentes colagogos y litontrípticos, por más que la cuestión no está completamente resuelta.

El peligro de complicaciones graves de la litiasis es la indicación esencial de la intervención quirúrgica. Los signos de una obstrucción crónica del colédoco, el tumor biliar, los signos de angiocolitis intrahepática, las crisis dolorosas repetidas, en particular si van acompañadas de fenómenos febriles, tales son las circunstancias principales en que está indicada la intervención quirúrgica.

Indicaciones de la sangría. — El Dr. G. Havem (de París) : 1.° Un medio terapéutico está *indicado* cuando se ha demostrado que produce, en una circunstancia dada, un alivio mayor que todos los demás. La sangría sólo puede considerarse *indicada* en los casos en que obra con una superioridad innegable sobre todos los demás procedimientos terapéuticos.

2.° El empleo de las sangrías repetidas como método de tratamiento llamado antes *método antiflojístico*, está, al parecer, condenado definitivamente. La abertura de la vena, practicada una ó más veces á intervalos relativamente lejanos, merece conservarse como medio terapéutico, heróico en ocasiones.

3.° Los casos en que la sangría está indicada son, en general, aquellos en que la vida corre un peligro inmediato por trastornos circulatorios ó por toxemia.

4.° Las principales enfermedades en que está indicada la sangría son :

Edema agudo del pulmón, en particular, en las enfermedades de los vasos gruesos y de los riñones ;

Ciertos casos de pneumonía de forma edematosa ó simplemente congestiva ;

Ciertos trastornos mecánicos de la circulación por enfermedades del corazón ó de los vasos gruesos, particularmente en los casos de hipertensión arterial, pero también, á veces, con asistolia evidente ; formas congestivas y hemorragias de la nefritis aguda ; congestión cerebral y hemorragia al principio, en enfermedades dependientes de la hipertensión arterial ;

Uremia aguda ó reciente ;

Eclampsia puerperal ;

Envenenamiento de la sangre por ciertos gases, en particular, por el óxido de carbono.

5.° En todos los demás estados patológicos las indicaciones de la sangría son indiscutibles.

6.° Las indicaciones de la sangría se han establecido empíricamente por la observación de los hechos.

7.° Los efectos llamados fisiológicos de las sustracciones de sangre no dan sino una idea muy imperfecta de los efectos terapéuticos de la sangría. Estos resultan en su esencia de las condiciones particularísimas creadas por la enfermedad. Al parecer, pueden atribuirse en gran parte al efecto mecánico

producido por la sustracción brusca de cierta cantidad de sangre y á la eliminación de veneno. Los hechos clínicos, observados con exactitud, prueban que estos efectos terapéuticos son muy enérgicos.

8.° La resistencia del hombre y de los animales superiores á las sustracciones sanguíneas, es grandísima siempre que no haya una causa patológica de destrucción de los glóbulos ó que impida la renovación de la sangre.

Excepto en las edades extremas de la vida, en los casos morbosos que acabamos de señalar, una sangría de cierta importancia (de 300 á 500 centímetros cúbicos), es siempre bien tolerada, aunque los enfermos estén sensiblemente anémicos, lo que acontece á menudo en la uremia y en la eclampsia puerperal.

9.° La reparación de la sangre se efectúa en los enfermos, lo mismo que en estado fisiológico, por el intermedio de los hematoblastos; los elementos de la médula ósea no tienen participación alguna. Estos elementos sólo pasan á la sangre general en los casos de pérdidas sanguíneas excesivas, repetidas á menudo.

¿Es necesario tratar la fiebre?.—El Dr. R. Lépine (de Lyon): La expectación no es el método preferible, y, según las indicaciones suministradas por el estado del enfermo, deben aprovecharse todos los recursos que ofrece la terapéutica. Ciertas pirexias, como la difteria, el paludismo y el reumatismo articular agudo, tienen una medicación específica en el suero, el sulfato de quinina y el salicilato de sosa.

Para las enfermedades que carecen de tratamiento específico, la grippe, por ejemplo, el sulfato de quinina, el piramidón y otros antitérmicos ¿no son buenos auxiliares?

La fiebre de los anémicos debe tratarse también. Los accesos febriles se consiguen con dosis convenientes de sulfato de quinina. ¿Cuál será el tratamiento de la fiebre de los tuberculosos? Los antipiréticos, aun los más inofensivos, pueden ocasionar el colapso en los tísicos; conviene, por lo tanto, emplearlos con gran prudencia. Como auxiliar, el alcohol, que Binz consideraba como un antipirético, puede ser útil á los tuberculosos.

El tratamiento de la fiebre tifoidea está siempre en discusión. Por el momento, el baño frío, con los correctivos que necesita cada caso, da mejores resultados que los demás métodos. Su acción es triple: refrigera, excita la reacción febril y estimula el sistema nervioso.

En ciertas pneumonías la temperatura llega á 41°, pero esta hipertermia, aunque dure más de dos días, no es perjudicial necesariamente á los pneumónicos. Además, la pneumonía es una pirexia especial en la que en general está poco indicada la antipiresis.

En resumen, la observación ha demostrado que aunque la hipertermia indica en general la gravedad de una enfermedad febril, dista mucho de ser el factor principal y que no debe tratarse específicamente la fiebre.

Se ha llegado á este resultado feliz para algunas enfermedades, pero para otras hay que limitarse á vigilar la reacción del organismo, moderándola con los antipiréticos ó estimulándola por la hidroterapia.

La enfermedad no es simple; la terapéutica debe amoldarse al carácter complejo infinito de sus elementos.

Efectos fisiológicos y terapéuticos de la digital y sus principios activos. — El Dr. Lauder Brunton (de Londres): 1.° El efecto fisiológico de la digital se ejerce principalmente:

a) Sobre el corazón;

b) Sobre los vasos sanguíneos;

c) Sobre la secreción urinaria.

2.° Su acción sobre el corazón produce:

a) Lentitud en los latidos cardíacos á causa de su influencia estimulante sobre las raíces del pneumogástrico de los mamíferos;

b) Energía de la contracción sistólica;

c) Aumento del grado de dilatación en el diástole.

3.° Contrae los vasos periféricos y disminuye así en ellos la rapidez de la corriente sanguínea.

4.° Por este doble efecto de contracción de los vasos periféricos y de aumento de la contractilidad cardíaca, la digital aumenta la presión sanguínea.

5.° La diuresis producida por la digital depende principalmente del aumento de la presión sanguínea.

6.° La digital contrae las arteriolas del riñón más que las restantes del cuerpo. La contracción de los vasos renales puede ser tal, que se suspenda la secreción urinaria aunque la presión sanguínea esté en general aumentada.

7.° Cuando la presión sanguínea es ya muy elevada, no puede esperarse de la digital una acción diurética enérgica. Si, por el contrario, la presión sanguínea está disminuída á causa de la constitución natural ó de la enfermedad, la digital produce efectos diuréticos.

8.° La digital es un anestésico local, pero puede producir dolores.

9.° En las dosis fuertes ó acumuladas produce irritación gástrica.

10. La acción de la digital es debida á la digitalina, á la digitaleína y á la digitoxina. La acción de estos tres principios es análoga y sólo difiere en su grado.

11. Los efectos terapéuticos de la digital y de sus principios son:

a) Regular la contracción cardíaca;

b) Hacer más enérgica la circulación;

c) Producir diuresis.

12. La acción reguladora de la digital es útil en las palpitaciones y en los trastornos funcionales del ritmo.

13. La digital y sus principios activós, están indicados principalmente en la insuficiencia mitral debida á lesiones valvulares ó á la dilatación ventricular.

14. En la insuficiencia aórtica la digital es:

a) Inútil y peligrosa si la compensación es completa;

b) Utilísima si no hay compensación.

15. Cuando la presión sanguínea es ya elevada, la digital puede ser nociva por aumentarla más y por precipitar los síntomas de angina de pecho ó determinar la apoplegía.

El régimen de los albuminúricos.—El Dr. A. Robin (de París): En las nefritis de tendencia esclerosa, la influencia del régimen es variable. En los

brighticos clásicos, el régimen tiene una gran influencia, pero no hay regla fija y es preciso averiguar cuál es el que conviene mejor á un enfermo dado. Es necesario principiar por el régimen lácteo absoluto y después se administran las legumbres, las frutas cocidas, el pan y, por último, los huevos y la carne.

El régimen lácteo y el lácteo-vegetal producen menos albúmina que aquellos otros en los que no entra la leche. Cuando se sustituye ésta por vino, aumenta la albúmina.

La alimentación por los huevos y la leche produce menos albúmina que el régimen de carne. Entre las carnes, las de ternera y de vaca son mejores que la de gallina y carnero. El pescado aumenta, al parecer, siempre la albúmina. Entre los vegetales, las patatas, la coliflor y el arroz, son los que disminuyen la eliminación de albúmina.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar.—El Dr. Cervello (de Palermo): En la tuberculosis pulmonar empleo el aldehido fórmico utilizando un aparato, merced al cual, es posible mantener en la atmósfera ambiente del enfermo, las proporciones deseadas del medicamento.

La intolerancia disminuye pronto; pero juzgando el resultado insuficiente he asociado el aldehido fórmico con otras substancias, resultando de la asociación un compuesto al que doy el nombre de igazol. Las substancias agregadas son: el hidrato de cloral, la terpina y el iodoformo que se volatilizan sin alterarse á menos de 100°.

De 55 enfermos tratados por el igazol, curaron ó mejoraron 39. Estos resultados son notables por tratarse de enfermos cuyas condiciones higiénicas eran detestables. En los casos graves, el igazol no cura la tuberculosis, pero modera su evolución y prolonga la vida.

Empleo terapéutico del timo.—El Dr. Blondel (de París): La experiencia ha demostrado que cuando se extirpa el timo le suple el ovario. Cuando se suprimen los dos órganos, los animales presentan todos los caracteres de los castrados. La terapéutica confirma los datos experimentales y prueba de ello son los resultados obtenidos en la clorosis, el bocio exoftálmico y la debilidad congénita. La mejor preparación es el timo peptonizado que se administra en sellos ó en píldoras á la dosis de 1 á 2 gramos en los adultos, y en polvo mezclado con leche en los niños.

Terapéutica é higiene de la obesidad.—El Dr. E. Deschamps (de Rennes): El tratamiento de la obesidad no debe tener sólo por objeto reducir momentáneamente el peso del enfermo; la terapéutica se dirigirá á modificar la adaptación fisiológica del individuo para conseguir un efecto durable.

El régimen alimenticio, la calorificación y el ejercicio muscular, son los elementos más importantes que forman la base del tratamiento y de la higiene de los obesos.

El régimen á que se les somete debe ser siempre suficiente para producir la saciedad y asegurar la integridad de todas las funciones gastro-intestinales.

El agua pura ó ligeramente alcalina, es la única bebida que puede autorizarse. Pero debe tomarse en la cantidad necesaria para calmar la sed y á veces más de la que reclama el enfermo.

La calorificación fisiológica es la que influye principalmente en la reduc-

ción del peso de los obesos. Se obtiene por medio de baños de 33 á 36° y de una á dos horas de duración. La electrización, en forma de baños estáticos, es un auxiliar utilísimo.

El ejercicio muscular debe ser moderado; cuando es excesivo y produce cansancio, el enflaquecimiento que se obtiene es pasajero y no compensa los trastornos funcionales á que expone.

Cacodilato de hierro.—Los Dres. Gilbert y P. Lereboullet (de París): La asociación terapéutica del arsénico y del hierro ha producido siempre en la clorosis y en las cloro-anemias, mejores resultados que una de estas dos substancias aisladas. La medicación cacodílica, ineficaz en la clorosis en forma de cacodilato de sosa, debe ser más útil en forma de cacodilato de hierro. El cacodilato férrico, muy soluble, poco tóxico, se emplea en inyecciones subcutáneas en la proporción de 8 centígramos por centímetro cúbico. Una disolución más concentrada, puede producir nódulos de induración dolorosos y persistentes. Los accidentes generales y locales son, al parecer, nulos; las complicaciones renales que se han observado después de las inyecciones hipodérmicas de otras sales de hierro, jamás se presentan cuando se inyecta el cacodilato férrico.

La vía digestiva se utilizó empleando el medicamento en forma de gotas, que se toman á las comidas á dosis progresivas; es raro observar dolores gástricos y el olor aliáceo, fenómenos frecuentes con el cacodilato de sosa. La dosis cotidiana varía, según los casos, de 3 á 10 centígramos por la vía hipodérmica, de 5 á 30 centígramos por la vía gástrica.

El cacodilato de hierro está, al parecer, indicado siempre que es preciso luchar contra la disminución del número de glóbulos rojos y contra la disminución de la cantidad de hemoglobina. En la clorosis el cacodilato jamás aumenta de un modo rápido, notable y persistente, la proporción de hemoglobina. Las cloro-anemias de distintas clases son influídas, al parecer, de una manera favorable. Figura en primer término la cloro-anemia tuberculosa, cuando las lesiones tuberculosas están poco avanzadas; esta medicación jamás ha producido congestiones ni hemoptisis. Cuando hay albuminuria suele mejorar; su existencia no contraindica el empleo del cacodilato de hierro. Los diversos tipos de linfadenia y de leucemia, en los que está indicada la medicación arsenical, deben tratarse de preferencia por el cacodilato férrico.

Acción terapéutica del sulfurol en las enfermedades de las vías respiratorias. — El Dr. G. Jacontini (de Nápoles): Experimentos practicados en mi Clínica del Hospital de Incurables de Nápoles, me permiten afirmar la eficacia del sulfurol. Es útil en la bronquitis simple que precede á la infección por el bacilo de Koch. En las lesiones bronquiales comunes ha producido siempre resultados excelentes. El efecto útil puede explicarse por la acción del hidrógeno sulfurado y de la trementina sobre las vías respiratorias.

La peptona desde el punto de vista terapéutico.—El Dr. Fiquet: Las peptonas bien preparadas no son tóxicas igual que las albumosas de carne cuando se preparan de buena manera. Desde el punto de vista químico, las peptonas se componen de nitritos, fenoles que no son tóxicos, porque las funciones nitrito y fenol reunidas en la misma molécula, se anulan. Las peptonas se hacen peligrosas cuando su equilibrio molecular se altera al oxidar-

se, por ejemplo. Desde el punto de vista terapéutico, las peptonas no tienen el mismo valor nutritivo que la carne. Obran como excitantes de la digestión, pero no constituyen un alimento completo. Es preciso asociar, en forma de yema de huevo, el azufre, el fósforo y el hierro que las falta. Prestan así grandes servicios cuando el aparato digestivo no puede soportar los alimentos ordinarios.

Forma racional de administrar el fosfato de cal. — El Dr. Vaudin (de París): He demostrado que en la leche los citratos y los fosfatos alcalinos que existen en ella normalmente, son los que en presencia de la lactosa mantienen disuelto el fosfato de cal. La forma farmacéutica del fosfato cálcico, verdaderamente racional, debe prepararse como sigue: Se mezclan equivalentes iguales de fosfatos de cal recién precipitado, de citrato de sosa y de fosfato bisódico. Se añade al líquido turbio obtenido así lactosa pulverizada y se evapora la masa al baño maría hasta que se espesa, y después se la seca á una temperatura baja. Este producto es casi completamente soluble en agua tibia, cuando la reacción es neutra ó algo ácida. En las disoluciones ácidas ó alcalinas, el fosfato no se disuelve por completo. Así se explican la diferencia de las preparaciones y de los efectos obtenidos que dependen de la diferente solubilidad.

Tratamiento de los cardíacos por las aguas minerales. — Los Dres. Piatot y Toussaint (de Bourbon-Lancy): El resultado del tratamiento es regularizar la circulación periférica, disminuir la tensión arterial y la frecuencia del pulso, corregir los trastornos respiratorios y gastro-intestinales, aumentar la diuresis y favorecer la absorción de los edemas y de los éxtasis viscerales.

Bajo esta influencia, el estado general mejora, las oxidaciones se activan. En los signos físicos que indican la existencia de la lesión, no se observa modificación alguna; el soplo en vez de desaparecer (excepto el de la estrechez mitral, tan expuesto á variaciones espontáneas), se hace más claro, los latidos del corazón se regularizan, la taquicardia disminuye y la contracción del miocardio aumenta de energía. Las dos indicaciones principales del tratamiento son:

1.ª Las cardiopatías de la infancia ó de la adolescencia, cinco ó seis meses después de cesar los dolores articulares, ó en la convalecencia del reumatismo articular agudo, cuando el niño está anémico, débil, atrofiado en su sistema muscular, y tiene un pulso rápido y un miocardio que necesita tonificarse.

2.ª Las arteriales, al principio de la arterio-esclerosis con lentitud diastólica de la aorta, algo de disnea, á menudo albuminuria indosificable, trastornos de la circulación periférica por angio-espasmo.

Pueden mejorar además: las cardiopatías al principio de la rotura de la compensación, las insuficiencias funcionales, la estrechez mitral, las cardiopatías cardio-renales con disnea toxi-alimenticia; por último, los trastornos funcionales, infiltración grasienta del corazón, palpitaciones de origen reflejo; las cardiopatías del crecimiento con deformación torácica, las falsas anginas del pecho.

La contraindicación es formal en la fase aguda de la endocarditis, de la pericarditis, en el período de asistolia confirmada con edemas considerables

y congestiones viscerales, en la trombosis cardíaca, la cardio-esclerosis avanzada con degeneración del miocardio, las anginas de pecho coronarias el aneurisma de la aorta y de los gruesos troncos arteriales.

Piramidón. — Los Dres. A. Robin y Bardet: Algunos autores han llamado la atención sobre un nuevo derivado de la antipirina, el paramidón. Este producto tiene propiedades analgésicas y antipiréticas superiores á las de la antipirina, y además, no produce los accidentes que ésta. Pero el piramidón tiene además la ventaja de estimular los cambios orgánicos, lo que le distingue por completo de los otros aromáticos. En la diabetes aumenta la cantidad de azúcar por exagerar la desnutrición. En las neuralgias ordinarias bastan 30 á 60 centígramos. En los casos graves es preciso elevar la dosis á 1 y 3 gramos.

Tratamiento de la grippe. — El Dr. Issa Hamdy Pacha (del Cairo). — La morfina en los casos de dolor, tos, disnea, produce un alivio notable, pero pasajero y sin consecuencias funestas. La vesicación cantaridiana debe proscribirse, porque irrita los riñones que están ya inflamados en la grippe. La sangría, practicada en los casos de nefritis en cuanto aparecen los síntomas de la uremia producen buenos resultados.

Salicilato de metilo al interior contra el reumatismo articular. — El Dr. Cosma: He empleado el salicilato de metilo al interior, á la dosis de 10 gramos por día, en una serie de 85 enfermos de reumatismo articular; este medicamento obra con seguridad y energía contra el reumatismo articular agudo y subagudo.

Principié administrando 1 á 2 gramos diarios, dosis que elevé á 8 y 10 gramos:

Salicilato de metilo		8	gramos.
Poción gomosa		150	—
Ron	aa.	25	—
Jarabe			

Para tomar en las veinticuatro horas.

El efecto del salicilato de metilo administrado de este modo, es igual que el de sosa, del que es un buen sucedáneo.

En el reumatismo articular agudo tratado así, los dolores tardan poco en calmarse, la tensión articular disminuye y al día siguiente se nota mejoría; si hay fiebre, la temperatura desciende.

Ciertos enfermos toleran mal el medicamento, y deben tomarlo con intervalos de descanso.

El salicilato de metilo se absorbe con gran rapidez, y se elimina principalmente por la orina. Obra por el ácido salicílico que contiene.

Tratamiento de la pneumonía franca por la ergotina. — El Dr. Kleckowsky (de Grand Fremoy): Entre los medicamentos recomendables, sucesivamente el oxígeno es al parecer el único que produce un efecto útil. La ergotina produce también muy buenos resultados. Administrada desde el día del escalofrío, cura muchas veces antes de que aparezca el soplo, y acorta siempre la duración de la enfermedad. Administrada cuando el soplo se ha presentado, calma la respiración y rebaja la temperatura. El delirio, si existe, desaparece á las veinticuatro horas de administrarse la ergotina. La dosis varía

de 3 á 5 gramos, administrada en las veinticuatro horas. Si hay motivos para temer la acumulación, se agregan 30 gotas de tintura de digital ó cafeína.

Influencia de los leucocitos en la absorción de los medicamentos. — Los doctores Arnozan y Montel (de París): El problema de la absorción de los medicamentos, se considera de ordinario como cuestión de solubilidad, de osmosis, y si es preciso de isotonía. Esto no es exacto siempre; los glóbulos blancos tienen en la absorción de ciertas substancias una influencia importante, cuyo mecanismo, obscuro aún, se asemeja al parecer al de la fagocitosis. Cuando se hace debajo de la piel de un conejillo de Indias una inyección de 5 centígramos de calomelanos en 1 cent. cúb. de aceite esterilizado, se observan los fenómenos siguientes: un gran número de leucocitos se dirige al foco de la inyección, separa los calomelanos del aceite, y rodea los fragmentillos de sal mercurial; estos fragmentos, disociados progresivamente, experimentan quizá transformaciones químicas. Desaparecen con rapidez, y los leucocitos se cargan de granulaciones cada vez más espesas.

Hemos observado fenómenos análogos con otra substancia soluble, el salicilato de sosa.

Fenómenos análogos han sido demostrados por Beredska para el arsénico, y por Landerer para el bálsamo del Perú. Los referidos por nosotros demuestran que los leucocitos tienen en la absorción de los remedios una importancia desconocida hasta ahora. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Abril de 1900.

Extirpación de la vagina.—El Dr. Bröse considera indicada la extirpación de la vagina, en primer término, por neoplasias malignas, sarcoma ó carcinoma, y luego en ciertos casos de prolapso que no se logra curar con ninguna operación plástica. Según se trate de esta indicación ó de la primera, deberán variar los principios, según los cuales conviene proceder.

En una mujer de treinta y dos años, afectada de carcinoma del tercio superior de la vagina hasta la contigüidad del hocico de tenca, se practicó la extirpación total de la vagina y del útero, circuncidando la vagina por detrás en el anillo himenal y disecándola en círculo, por delante, á unos dos centímetros por arriba del orificio externo de la uretra, cerrando luego con tres cepos y desprendiendo entonces la vagina por vía roma de los tejidos contiguos. El pliegue recto-uterino y, después de separar la vejiga de la porción vaginal, también el vesico-uterino, se abrieron, se atrajo el útero hacia adelante, se ligaron los ligamentos anchos y se terminó la extirpación. El borde traumático del peritoneo del repliegue de Douglas se suturó al borde traumático de la pared vaginal posterior, el del pliegue vesico-uterino al de la vagina por arriba del orificio uretral, quedando así atendidas las superficies cruentas del recto y de la vejiga. Las partes laterales de la

y congestiones viscerales, en la trombosis cardíaca, la cardio-esclerosis avanzada con degeneración del miocardio, las anginas de pecho coronarias el aneurisma de la aorta y de los gruesos troncos arteriales.

Piramidón. — Los Dres. A. Robin y Bardet: Algunos autores han llamado la atención sobre un nuevo derivado de la antipirina, el paramidón. Este producto tiene propiedades analgésicas y antipiréticas superiores á las de la antipirina, y además, no produce los accidentes que ésta. Pero el piramidón tiene además la ventaja de estimular los cambios orgánicos, lo que le distingue por completo de los otros aromáticos. En la diabetes aumenta la cantidad de azúcar por exagerar la desnutrición. En las neuralgias ordinarias bastan 30 á 60 centígramos. En los casos graves es preciso elevar la dosis á 1 y 3 gramos.

Tratamiento de la grippe. — El Dr. Issa Hamdy Pacha (del Cairo). — La morfina en los casos de dolor, tos, disnea, produce un alivio notable, pero pasajero y sin consecuencias funestas. La vesicación cantaridiana debe proscribirse, porque irrita los riñones que están ya inflamados en la grippe. La sangría, practicada en los casos de nefritis en cuanto aparecen los síntomas de la uremia producen buenos resultados.

Salicilato de metilo al interior contra el reumatismo articular. — El Dr. Cosma: He empleado el salicilato de metilo al interior, á la dosis de 10 gramos por día, en una serie de 85 enfermos de reumatismo articular; este medicamento obra con seguridad y energía contra el reumatismo articular agudo y subagudo.

Principié administrando 1 á 2 gramos diarios, dosis que elevé á 8 y 10 gramos:

Salicilato de metilo		8 gramos.
Poción gomosa		150 —
Ron	aa.	25 —
Jarabe		

Para tomar en las veinticuatro horas.

El efecto del salicilato de metilo administrado de este modo, es igual que el de sosa, del que es un buen sucedáneo.

En el reumatismo articular agudo tratado así, los dolores tardan poco en calmarse, la tensión articular disminuye y al día siguiente se nota mejoría; si hay fiebre, la temperatura desciende.

Ciertos enfermos toleran mal el medicamento, y deben tomarlo con intervalos de descanso.

El salicilato de metilo se absorbe con gran rapidez, y se elimina principalmente por la orina. Obra por el ácido salicílico que contiene.

Tratamiento de la pneumonía franca por la ergotina. — El Dr. Kleckowsky (de Grand Fremoy): Entre los medicamentos recomendables, sucesivamente el oxígeno es al parecer el único que produce un efecto útil. La ergotina produce también muy buenos resultados. Administrada desde el día del escalofrío, cura muchas veces antes de que aparezca el soplo, y acorta siempre la duración de la enfermedad. Administrada cuando el soplo se ha presentado, calma la respiración y rebaja la temperatura. El delirio, si existe, desaparece á las veinticuatro horas de administrarse la ergotina

de 3 á 5 gramos, administrada en las veinticuatro horas. Si hay motivos para temer la acumulación, se agregan 30 gotas de tintura de digital ó cafeína.

Influencia de los leucocitos en la absorción de los medicamentos. — Los doctores Arnozan y Montel (de París): El problema de la absorción de los medicamentos, se considera de ordinario como cuestión de solubilidad, de osmosis, y si es preciso de isotonía. Esto no es exacto siempre; los glóbulos blancos tienen en la absorción de ciertas substancias una influencia importante, cuyo mecanismo, obscuro aún, se asemeja al parecer al de la fagocitosis. Cuando se hace debajo de la piel de un conejillo de Indias una inyección de 5 centígramos de calomelanos en 1 cent. cúb. de aceite esterilizado, se observan los fenómenos siguientes: un gran número de leucocitos se dirige al foco de la inyección, separa los calomelanos del aceite, y rodea los fragmentillos de sal mercurial; estos fragmentos, disociados progresivamente, experimentan quizá transformaciones químicas. Desaparecen con rapidez, y los leucocitos se cargan de granulaciones cada vez más espesas.

Hemos observado fenómenos análogos con otra substancia soluble, el salicilato de sosa.

Fenómenos análogos han sido demostrados por Beredska para el arsénico, y por Landerer para el bálsamo del Perú. Los referidos por nosotros demuestran que los leucocitos tienen en la absorción de los remedios una importancia desconocida hasta ahora. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Abril de 1900.

Extirpación de la vagina.—El Dr. Bröse considera indicada la extirpación de la vagina, en primer término, por neoplasias malignas, sarcoma ó carcinoma, y luego en ciertos casos de prolapso que no se logra curar con ninguna operación plástica. Según se trate de esta indicación ó de la primera, deberán variar los principios, según los cuales conviene proceder.

En una mujer de treinta y dos años, afectada de carcinoma del tercio superior de la vagina hasta la contigüidad del hocico de tenca, se practicó la extirpación total de la vagina y del útero, circuncidando la vagina por detrás en el anillo himenal y disecándola en círculo, por delante, á unos dos centímetros por arriba del orificio externo de la uretra, cerrando luego con tres cepos y desprendiendo entonces la vagina por vía roma de los tejidos contiguos. El pliegue recto-uterino y, después de separar la vejiga de la porción vaginal, también el vesico-uterino, se abrieron, se atrajo el útero hacia adelante, se ligaron los ligamentos anchos y se terminó la extirpación. El borde traumático del peritoneo del repliegue de Douglas se suturó al borde traumático de la pared vaginal posterior, el del pliegue vesico-uterino al de la vagina por arriba del orificio uretral, quedando así atendidas las superficies cruentas del recto y de la vejiga. Las partes laterales de la

y congestiones viscerales, en la trombosis cardíaca, la cardio-esclerosis avanzada con degeneración del miocardio, las anginas de pecho coronarias el aneurisma de la aorta y de los gruesos troncos arteriales.

Piramidón. — Los Dres. A. Robin y Bardet: Algunos autores han llamado la atención sobre un nuevo derivado de la antipirina, el paramidón. Este producto tiene propiedades analgésicas y antipiréticas superiores á las de la antipirina, y además, no produce los accidentes que ésta. Pero el piramidón tiene además la ventaja de estimular los cambios orgánicos, lo que le distingue por completo de los otros aromáticos. En la diabetes aumenta la cantidad de azúcar por exagerar la desnutrición. En las neuralgias ordinarias bastan 30 á 60 centígramos. En los casos graves es preciso elevar la dosis á 1 y 3 gramos.

Tratamiento de la grippe. — El Dr. Issa Hamdy Pacha (del Cairo). — La morfina en los casos de dolor, tos, disnea, produce un alivio notable, pero pasajero y sin consecuencias funestas. La vesicación cantaridiana debe proscribirse, porque irrita los riñones que están ya inflamados en la grippe. La sangría, practicada en los casos de nefritis en cuanto aparecen los síntomas de la uremia producen buenos resultados.

Salicilato de metilo al interior contra el reumatismo articular. — El Dr. Cosma: He empleado el salicilato de metilo al interior, á la dosis de 10 gramos por día, en una serie de 85 enfermos de reumatismo articular; este medicamento obra con seguridad y energía contra el reumatismo articular agudo y subagudo.

Principié administrando 1 á 2 gramos diarios, dosis que elevé á 8 y 10 gramos:

Salicilato de metilo		8	gramos.
Poción gomosa		150	—
Ron	aa.	25	—
Jarabe	aa.	25	—

Para tomar en las veinticuatro horas.

El efecto del salicilato de metilo administrado de este modo, es igual que el de sosa, del que es un buen sucedáneo.

En el reumatismo articular agudo tratado así, los dolores tardan poco en calmarse, la tensión articular disminuye y al día siguiente se nota mejoría; si hay fiebre, la temperatura desciende.

Ciertos enfermos toleran mal el medicamento, y deben tomarlo con intervalos de descanso.

El salicilato de metilo se absorbe con gran rapidez, y se elimina principalmente por la orina. Obra por el ácido salicílico que contiene.

Tratamiento de la pneumonía franca por la ergotina. — El Dr. Kleckowsky (de Grand Fremoy): Entre los medicamentos recomendables, sucesivamente el oxígeno es al parecer el único que produce un efecto útil. La ergotina produce también muy buenos resultados. Administrada desde el día del escalofrío, cura muchas veces antes de que aparezca el soplo, y acorta siempre la duración de la enfermedad. Administrada cuando el soplo se ha presentado, calma la respiración y rebaja la temperatura. El delirio, si existe, desaparece á las veinticuatro horas de administrarse la ergotina. La dosis varía

de 3 á 5 gramos, administrada en las veinticuatro horas. Si hay motivos para temer la acumulación, se agregan 30 gotas de tintura de digital ó cafeína.

Influencia de los leucocitos en la absorción de los medicamentos. — Los doctores Arnozan y Montel (de París): El problema de la absorción de los medicamentos, se considera de ordinario como cuestión de solubilidad, de osmosis, y si es preciso de isotonía. Esto no es exacto siempre; los glóbulos blancos tienen en la absorción de ciertas substancias una influencia importante, cuyo mecanismo, obscuro aún, se asemeja al parecer al de la fagocitosis. Cuando se hace debajo de la piel de un conejillo de Indias una inyección de 5 centígramos de calomelanos en 1 cent. cúb. de aceite esterilizado, se observan los fenómenos siguientes: un gran número de leucocitos se dirige al foco de la inyección, separa los calomelanos del aceite, y rodea los fragmentillos de sal mercurial; estos fragmentos, disociados progresivamente, experimentan quizá transformaciones químicas. Desaparecen con rapidez, y los leucocitos se cargan de granulaciones cada vez más espesas.

Hemos observado fenómenos análogos con otra substancia soluble, el salicilato de sosa.

Fenómenos análogos han sido demostrados por Beredska para el arsénico, y por Landerer para el bálsamo del Perú. Los referidos por nosotros demuestran que los leucocitos tienen en la absorción de los remedios una importancia desconocida hasta ahora. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 27 de Abril de 1900.

Extirpación de la vagina.—El Dr. Bröse considera indicada la extirpación de la vagina, en primer término, por neoplasias malignas, sarcoma ó carcinoma, y luego en ciertos casos de prolapso que no se logra curar con ninguna operación plástica. Según se trate de esta indicación ó de la primera, deberán variar los principios, según los cuales conviene proceder.

En una mujer de treinta y dos años, afectada de carcinoma del tercio superior de la vagina hasta la contigüidad del hocico de tenca, se practicó la extirpación total de la vagina y del útero, circuncidando la vagina por detrás en el anillo himenal y disecándola en círculo, por delante, á unos dos centímetros por arriba del orificio externo de la uretra, cerrando luego con tres cepos y desprendiendo entonces la vagina por vía roma de los tejidos contiguos. El pliegue recto-uterino y, después de separar la vejiga de la porción vaginal, también el vesico-uterino, se abrieron, se atrajo el úter hacia adelante, se ligaron los ligamentos anchos y se terminó la extirpación. El borde traumático del peritoneo del repliegue de Douglas se suturó al borde traumático de la pared vaginal posterior, el del pliegue vesico-uterino al de la vagina por arriba del orificio uretral, quedando así atendidas las superficies cruentas del recto y de la vejiga. Las partes laterales de la

vagina se contrajeron mediante tres suturas transversales. A los diecisiete días, la operada tomó el alta y permanece ya nueve meses sin recidiva.

Explicando Bröse los diversos métodos operatorios, dice que el á través del sacro debe reservarse para los casos en que el carcinoma vaginal ha invadido ya el recto, quedando libres los parametrios; de modo que con la extirpación de la vagina debe combinarse la del recto. También debe escogerse la vía sacra para operar las degeneraciones malignas de la vagina infantil. El método de operar desde la cavidad vaginal debe abandonarse, por la posibilidad de las recidivas por inoculación y la poca seguridad de extirpar la neoplasia radicalmente. Por las mismas razones debe prescindirse del empleo de las incisiones vagino-perineales profundas alcanzando hasta la proximidad del carcinoma. Asimismo rechaza Bröse la incisión paravaginal de Schuchardt. En cambio, recomienda todos los métodos que hagan posible acercarse á la neoplasia desde los contornos de la vagina, como el método perineal de Olshausen, la incisión auxiliar de Sippel y, como más sencillo, el método empleado primero por Martin, de la circuncisión en la entrada vaginal, según el cual operó su caso.

En cuanto á la cuestión de cuándo debe hacerse la extirpación total de la vagina, combinada naturalmente con la del útero, y cuándo conviene contentarse con la extirpación parcial, Bröse opina que la extirpación total debe hacerse siempre en las formas del carcinoma que infiltran la mucosa vaginal uniformemente, y que aun en las formas circunscritas, la extirpación parcial debe limitarse á los casos incipientes. Y como estas operaciones radicales merman la aptitud para la cohabitación, conviene perfeccionar los métodos de colpoplastia, fijándose sobre todo en los procedimientos que aprovechan las ninfas.

Por prolapso debe hacerse la extirpación de vagina y útero tan sólo cuando se trata de casos en que extensas adherencias ó graves afecciones de los anexos, hacen imposible la reposición del tumor extravulvar y subsiguiente operación plástica. Por prolapso reponible ya no cabe pensar en la extirpación, desde que W. A. Freund ha demostrado que para la curación plástica de los prolapsos, puede aprovecharse el útero descendido de la cavidad abdominal á la vagina.

Bröse operó un caso de prolapso irreponible, en el cual toda la pequeña pelvis estaba repleta de exudados pelveoperitoníticos, procediendo en lo esencial, según el método propuesto por Martin, y que es sumamente práctico para tales casos. Después de atraído el hocico con las pinzas, se circuncida la vagina en el anillo himenal; luego se divide la pared vaginal anterior por la línea media hasta cerca del hocico, y se desprende la vagina de la vejiga hacia los lados. Después de desprender la vejiga de la porción vaginal, abrimos el pliegue vesico-uterino y unimos de seguida el borde traumático por ambos lados, mediante tres suturas, con el borde traumático de la entrada de la vagina por abajo de la uretra, y así se cubre la superficie cruenta de la vejiga con el peritoneo. De igual manera se hiende la pared vaginal posterior y se desprende del recto por ambos lados, se abre el repliegue de Douglas y se junta el peritoneo del mismo con el borde traumático en la comisura posterior, de modo que la porción cruenta del recto queda cubierta de peritoneo. Luego se desprenden las porciones laterales de la

vagina, se hace pasar al útero por el abierto pliegue vesico-uterino, y después de atender á los ligamentos anchos, se le extirpa. En el caso de Bröse se suturaron las partes laterales de la vagina con seis suturas transversales. La paciente sanó en corto tiempo.

El profesor Olshausen se declara acorde con Bröse en admitir el método «sacral» sólo para rarísimos casos. No hay ningún método que sirva para todos los casos. El de incisión perineal que antes se recomendaba, no hace ya falta, porque hemos aprendido á proteger mejor á la paciente contra la infección séptica desde el carcinoma. Cuando la vagina es estrecha, recurre á una profunda incisión perineo-vaginal, como ya hizo en su primera extirpación vaginal en 1881. Entre las diversas incisiones propuestas, no hay diferencia esencial, tratándose en todas de abrir la cavidad isquio-rectal para facilitar la inyección. En la mayoría de los casos, puede y debe prescindirse de la extirpación total de la vagina; el pronóstico del carcinoma vaginal es tristísimo, obteniéndose rarísima vez una curación definitiva.

(*Centralblatt für Gynäkologie*). — G. Sentiñon.

PERIÓDICOS

Alimentación por medio de inyecciones subcutáneas de aceite.—Refiere el doctor Accolas dos casos de histerismo en que se vió obligado á recurrir á las inyecciones subcutáneas de aceite, porque el estómago rechazaba todo alimento y tampoco se podía emplear la alimentación artificial.

En el primer caso se trataba de una mujer de treinta y cinco años, cuyo peso llegó á ser de 34 kilos. Se le inyectaron 5, 15, 30, 40 y hasta 90 gramos de aceite, con lo cual ganó dos kilos de peso, pero los volvió á perder, y más aún, puesto que llegó á pesar 32'5 kilos, sucumbiendo al fin en medio de convulsiones.

La segunda enferma tenía veinticuatro años y pesaba 32'5 kilos cuando ingresó en el establecimiento del autor. A pesar de los enemas alimenticios, el peso descendió hasta 29'2 kilos. Entonces se emplearon las inyecciones de aceite, con lo cual la enferma, en ocho semanas ganó 44 kilos, comenzó á tolerar la ingestión de alimento por la vía gástrica y acabó al fin por curarse.

El aceite, esterilizado de antemano, se inyecta caliente en la región glútea. El autor se vale para ello del aspirador de Potain que emplea en sentido inverso. La dosis que inyecta de cada vez, llegó á ser últimamente de 100 gramos, que por lo general, son absorbidos en veinticuatro horas. El doctor Accolas dice que estas inyecciones nunca han producido fenómenos desagradables.—(*Bull. de la Soc. de Med. de Rouen*).—R. del Valle.

Pseudo-coxalgia de origen herniario. — En general, en la segunda infancia la hernia no es dolorosa si no está estrangulada. Pero existen algunas que lo son y producen una verdadera neuralgia del cordón; esta neuralgia provoca por acción refleja contracturas intermitentes y cojera. El dolor situado en la cadera y la claudicación, pueden hacer sospechar una coxalgia. Esta

pseudo-coxalgia ofrece los caracteres siguientes : El miembro no está atrofiado ; las contracturas musculares se presentan con intermitencia, durante la marcha y cesan en el reposo. Los movimientos de la articulación son libres, excepto la abducción y la extensión extremadas. El máximum del dolor, cuando existe, recae frente á la cara anterior é interna de la cadera, y sobre todo, en el anillo inguinal. Finalmente hay una hernia.

(*Le Nord. medical*). — F. Toledo.

Convulsiones puerperales de origen epiléptico.—Con motivo de un caso, cuya historia expone, hace notar el Dr. Ferberg que las convulsiones de carácter eclámpsico que se presentan en el puerperio son, en algunos casos, de origen no urémico sino epiléptico. En los casos de este género se trata de mujeres que en todo lo demás están completamente sanas ; pero aunque el cuadro clínico corresponde por completo al de las convulsiones de origen urémico, no se encuentran en la orina ni albúmina ni ninguna alteración que revele la existencia de una lesión renal. En cambio, inquiriendo con interés los datos anamnésicos se descubre la epilepsia como antecedente patológico en la misma enferma ó en sus parientes próximos.

Conviene, por consiguiente, en todo caso de eclampsia puerperal, en que no se descubra ninguna afección del riñón, dirigir nuestras investigaciones en el sentido mencionado. De este modo quizás se llegue á averiguar, que, además de las convulsiones histéricas y de las urémicas, se pueden presentar en el puerperio convulsiones de origen epiléptico.

(*Petersburger med. Wochensch.*). — R. del Valle.

Tratamiento del cólico hepático. — Mesnard aconseja, ante todo, calmar el dolor por una inyección de morfina y atropina. Después se aplica sobre la región dolorosa una gran cataplasma caliente rociada de láudano. El enfermo tomará luego 150 á 200 gramos de aceite de oliva anisado, y si le repugna, dos cucharadas de glicerina. Si la crisis es incipiente, se administran seis cápsulas de éter amilvaleriánico, dos cada media hora. Si la crisis está confirmada, se hace tomar al enfermo, de cuando en cuando, una cucharada de la poción siguiente :

Agua clorofórmica saturada.....	150	gramos.
— de tilo.....	100	—
Jarabe de azahar.....	50	—

Contra los vómitos : trocitos de hielo, vino de champaña helado, poción de Riverio.

Como alimentación : leche helada, agua alcalina, limonada con agua de Seltz, caldo frío, en pequeñas cantidades y con frecuencia.

Ni purgante ni baños durante la crisis.

(*La Presse medicale*). — F. Toledo.

ÍNDICE DEL TOMO XLVIII

Abdomen (Dificultades del diagnóstico en las enfermedades del). 441
Absceso del cerebelo..... 146
— cerebral de origen traumático.... 225
Abscesos del hígado..... 427
— pelvianos 32
Aceite de Chaulmoogra..... 119
— — (Inyecciones subcutáneas de)..... 471
Acetanilida en la práctica tocológica (Uso externo de la). 317
Acoina 12
Acta de la sesión pública inaugural de la Real academia de Medicina y Cirugía de Barcelona... 93
Actinomices (Significación morfológica de las masas de). 71
Afecciones parasitarias de la piel..... 160
Afonía histérica 41
Agua (Purificación del) 439
Aguas de Verín 183
Alcoholismo 409
Alcudia (Despoblación de) ... 455
Albuminuria..... 464
Alimentación por medio de inyecciones subcutáneas 471
Alopecia areata tratada por la fototerapia... 278
— sifilítica 70
Amasamiento pneumático 270
Amputaciones (Compresas metálicas para las) 134
Analgeno y paludismo 440
Analgesia local por la dionina en oftalmología. 266
Anastomosis intestinales y gastro-intestinales... 424
— vesico-rectal 433
Anatomía y fisiología comparadas de los órganos genitales femeninos..... 67
Anemia..... 463
— producida por el anquilostoma.. 247
Anestesia clorofórmica..... 212
— por inyecciones de cocaína en el conducto vertebral..... 429
— obstétrica por inyecciones de cocaína..... 266
Anestésico local (Nuevo)..... 12
Aneurisma de la aorta 27
— difuso de la arteria ilíaca externa..... 269
— del tronco braquio-cefálico..... 303
Aneurismas (Tratamiento de — los)..... 229
Angina y el reumatismo (Relaciones entre la) 196
Anilina (Envenenamientos no profesionales producidos por la) 266
Anorexia de los tísicos (Tratamiento de la)..... 118
Anquilostomanemia 247
Antiséptica (Una clínica)... . 384
Antisepsis gastro-intestinal... 291
Apendicitis (Un caso de)..... 261
— con complicación 268
Arsénico. 429
Asepsia operatoria.... .. 33, 193, 230, 267, 313
Aspergilosis 387
Aspiradores (Aparatos)..... . 358
Atonía vesical..... 183
Atrofia glaucomatosa del nervio óptico..... .. 75
Azul de metilo en el tratamiento de la blenorragia 279

Bacilo de la grippe (Persistencia del) 248
— tífico.... 409
Bacilos pseudo-diftéricos.... 412
Balneoterapia 80
Baños de limpieza en las parturientes..... 318
Basedow (Etiología de la enfermedad de)..... 398
Bazo (Equinococo del) 395
Blenorragia (Tratamiento por el azul de metilo),... 279
— crónica de la mujer (Tratamiento por la levadura de cerveza de la) 240
Bocanadas de calor en la menopausia.. 80
Bocio (Repartición geográfica del) 58
— tratado por la ligadura de las tiroideas superiores..... 277
— quístico.. 263
Bronco-pneumonías grippales (Tratamiento de las)..... 386
Bronquitis (Tratamiento de la) 466
Buzos (Trastornos auditivos en los)..... 87
Cacodilato de hierro 466
Calefacción artificial del cuerpo humano..... 298
Cáncer del cardias (El sondaje en el)..... 324
— del estómago (Los pequeños síntomas del). 321
— de la mejilla 429
— y la tuberculosis (Antagonismo entre el).... 86
Cánceres epiteliales (Origen de los) 85
Carcinoma (Etiología del).... 356
— múltiple 272
Cardíacos (Tratamiento de los) 467
Carnes (Las tenias y las).... 406
Caries del suelo de la órbita .. 100
Catarata (Operación de la).... 24
Catarro vesical crónico 183
Cateterismo uretral 268
Cavernas pulmonares (Radiografía de las)..... 417
Cefalalgia (Tratamiento de la). 80
Cefalea profunda 146
Cesárea (Operación) 241
Ciclismo (Fisiología y patología) 360
Ciencia y matrimonio..... 59
Circuncisión 407
Cirugía ocular..... 215
Cisticerco de la retina.. 112
Cistitis falsas en la mujer.... 229
Cisto-litiasis 183
Cloro-anemia (Tratamiento de la).... 466
Cloroformización uniforme ... 212
Clorosis (Tratamiento de la).. 466
Clorótico (Origen del tinte amarillo)..... 354
Cocaína (Anestesia obstétrica por inyecciones de) 266
Cólico hepático..... 472
Colitis muco-membranosa.... 311
Colirios oleosos..... . 326
Compresas metálicas para las amputaciones 134
Conjuntivitis granulosa (Propagación de la)..... 152
Convulsiones puerperales de origen epiléptico.... 472
Corazón (Diagnóstico de las enfermedades del) . . 336
— (Tratamiento médico de las enfermedades del) 400
Corriente aérea en las fosas nasales (Estudios sobre la). 158
Coxigodinia (Tratamiento de la) 199
Corsé (El) 407
Craniectomía..... .. 220
Cuerdas vocales (Posición llamada cadavérica de las). .. 279
Cuerpos extraños..... 38
Culicidas 90
Chancro amigdalino..... 121
Dermatosis y rayos X..... 397
Desinfección de la leche..... 248
— de las manos..... 247
— de los pozos..... 108
Desviaciones del tabique nasal (Tratamiento de las).. . . 178
Diabetes..... 228, 468
— (Afecciones laríngeas en la)..... 399
— de origen traumático... 53
— (Tratamiento de la).... 181
Diagnóstico dudoso (Casos de). 441
Diarrea infantil (Tratamiento de la)..... 159
Difteria 21, 463
— con crup.... 113
— (Diagnóstico de la). 101, 141
— (Epidemiología de la).. 438
— (Medida preventiva contra la) 75, 77
Diftéricos (Bacilos pseudo)... 412
Digital (Efectos terapéuticos y fisiológicos de la)..... 464
Dionina como analgésico local en oftalmología 266

Disentería (Tratamiento de la). 17
Dispepsias (Tratamiento de las) 62, 270
Duchas (Nuevo aparato de) ... 38
Durina (La) 304
Eczema crónico 239
Eclampsia 232
— Obstétrica (Patología y tratamiento preventivo) 401
— post-partum 35
— puerperal 462, 472
Edema agudo del pulmón 462
Eléctrica (Oftalmía) 246
Elefantiasis de la mano 456
Embarazo (Vacunación durante el) 411
— extra-uterino 313
— — (El dolor como signo patognomónico del) 359
— de gemelos 222
Emociones 384
Endocarditis infecciosa 143
Endo-pericarditis en la fiebre tifoidea 113
Enemas de aceite de hígado de bacalado en el tratamiento de la tisis 200
Enfermedad de Basedow (Tratamiento interno de la). 115, 437
Enfermedades infecciosas (Tratamiento de las) 228
Enfermos nerviosos tratados en familia 233
Enfisema subcutáneo en una eclámpsica 232
Enteritis (Tratamiento de la) .. 17
— membranácea y cólico mucoso 312
Enterocolitis disenteriforme infantil 28
Envenenamiento de la sangre por ciertos gases 462
Epidemia de agosto 415
Epidermolisis hereditaria bulbosa 154
Epididimitis varicosa 432
Epilepsia (Tratamiento de la). 16
Epistaxis neuropáticas 423
Equinococo del bazo y del hígado 158, 395
Ergotina 468
Erisipela facial 213
Escarlatina y estreptococo 413
— (Bacteriología de la) 193
— (Epidemia de) 372
— (Inoculación de la) 250
Esclerotomía 458
Escoplamiento osteoplástico de la apófisis mastoides 176
Esófago (Dilatación idiopática) 354
Espina bífida 113
Esplenectomía 427, 428
Esplenomegalia palúdica 428
Esqueletos prehistóricos (Lesiones óseas en los) 190
Estenosis cervical (Esterilidad por) 370
Esterilidad 370
Estiramiento de los nervios ... 106
Estómago (Relaciones entre los cuerpos grasos y las funciones del) 353
Estrechez naso-faríngea 417
— de la pelvis 232
Estrecheces callosas de la uretra (Tratamiento de la) 155
Extirpación de la vagina 469
Extracción del yunque (Nuevo instrumento para la) 174
Farmacología (Revista de) 10
Fermento lab 358
Fersan (Preparado ferruginoso) 360
Fibromas con conservación del útero (Enucleación de los) .. 269
Fiebre (¿Es necesario tratarla?) 463
Febre amarilla (Etiología de la) 89, 407
— tifoidea 81, 113, 463
— — (Contagio de la) ... 361
— — (Epidemia de). 19, 136, 257, 375, 338
Fiebres tifoideas .. 19, 52, 97, 136, 257, 338, 375, 418
Fractura abierta 396
— fronto-parietal 220
Fracturas y radiografía 392
Formalina en el tratamiento de la sicosis 280
Fosfatos de cal (Forma racional de administrar los) 467
Fosfaturia 183
Fototerapia (Exitos de la) ... 278
Fracturas (Tratamiento de las). 431
— de los huesos de la cara. 430
Galactoforitis 34
Gangrena de hospital (Etiología de la) 72
— de las partes blandas y del hueso 277
Garrotillo no diftérico 375
Gases de la sangre en la balneoterapia 80
Gastrectomía 255
Gástricas (Ulceraciones) ... 352
Gástrico (Cáncer) 339

Gastro-enterostomía 336
— — fistulada 219
Gelatina (Inyecciones de) ... 27
— — (subcutáneas de)... 229
— en las hematemesis y en la viruela hemorrágica (La) 14
Gestación extra-uterina..... 65
Glándula lagrimal como bactericida..... 92
Glaucoma (Tratamiento del).. 458
Grippe..... 436, 468
— (Persistencia del bacilo de la)..... 247
Gonococos en el útero y en los anejos (Diseminación de los) 198
Gota (Patogenia de la)..... 305
Guarana (Polvo de) 28
Hallux valgus..... 396
Harina de leguminosas (Medios de distinguirla de la de)..... 251
— de trigo (Medios de distinguirla de la de leguminosas) 251
Hedonal como hipnótico..... 320
Hematemesis (Tratamiento de las)..... 14
Hematurias neuropáticas 385
Hemoglobinuria palúdica (Fiebre) 355
Hemoptisis (Tratamiento de la) 56
— neuropáticas 423
Hemorroides (Nuevo procedimiento de extirpación de las) 231
Heredosífilis..... 384
Herencia psicológica..... 414
Herida por proyectiles de fusil de pequeño calibre .. 48
Heridas de armas blanca y de fuego..... 197, 343
— envenenadas (Tratamiento de las)..... 119
— del globo del ojo..... 187
— infectadas (Tratamiento de las)..... 393
— superficiales (Tratamiento sin sutura de las).. 399
Heridos en campaña (Asistencia de los)..... 36
— en la guerra anglo-boer. 63
Heritromegalia 154
Hernia (Cura radical de la). .. 58
— diafragmática..... 239
— vaginal enquistada y estrangulada 192
Hernias (Curación radical de las)..... 433, 434
— ventrales (Sutura abdominal en las)..... 275
Hernias ventrales (Técnica operatoria de las) 275
Herpes grippal 384
Hidrargirismo crónico..... 287
Hidroamnios..... 222
Hidrocele 153
— doble 221
Hígado (Abscesos del)..... 427
— (Equinococo del)..... 395
— (Quistes hidatídicos del) 427
Higiene (Revista de). 85, 246, 406
— de las iglesias..... 88
Hipertensión arterial (Enfermedades dependientes de la). 462
Hipertrofia prostática..... 199
Hipo (Tratamiento del) .. 161, 201
Histerectomía Porro-cesárea.. 314
Histérica no tuberculosa (Reacción á la tuberculina en).... 119
Histero-epilepsia malárica.. . 25
Historia médico-quirúrgica de la última campaña de Cuba. 47
Homoareocolina 10
Húmero (Resección de la cabeza del)..... 298
Ictericia agravada al fin del embarazo 35
Ilíaca externa (Aneurisma difuso de la arteria)..... 269
Incineración cadavérica 94
Induraciones eczematosas..... 239
Infección bacilar tuberculosa en un niño 231
— pulmonar de origen nasal..... 347
Infecciones (Leucocitos en las) 387
Insuficiencia renal (Diagnóstico de la) 309
Intermitente hepática (Fiebre) 385
Intestinales (Anastomosis).. 424
Intestino (Sífilis del)..... 190
Intoxicación (Caso raro de)... 55
Invaginación intestinal..... 192
Inyección subcutánea de aceite (Aparato para la)..... 358
Inyecciones intra-aracnóideas de cocaína..... 429
— subconjuntivales..... 12
Iridectomías 458
Iris como elemento de diagnóstico (Examen funcional del). 218
Joroba póttica (Enderezamiento de la)..... 273
Koch (Bacilo de: medios de propagación)..... 251
Lactancia materna..... 249
Laparotomía..... 289
Laringología (Revista de)..... 173

Laringopatías en la diabetes.. 399
Laringo-tifus..... 355
Leche (Desinfección de la).... 248
— (Esterilización de la)... 249
— (Modos de conservarla). 249
— de mujer (Estudios sobre la) 69
— de vaca (Peligros de la). 249
Lepra (Tratamiento de la).... 119
— en Portugal..... 90
Lesiones óseas en los esqueletos prehistóricos..... 190
Leucocitos en la absorción de los medicamentos (Influencia de los)..... 469
Levadura de cerveza.. 181
— — (Tratamiento de la blenorragia crónica de la mujer por la)..... 240
Linfadenoma congénito. 34
Lipoma arborescente de la rodilla..... 396
Litiasis (Tratamiento de la).. 460
Löffler (Bacilo de) en los individuos sanos..... 249
Loquios fétidos (Tratamiento de los)..... 399
Lupus tratado por la fototerapia..... 278
Luxación humeral congénita y sub-acromial 156
— y radiografía..... 392
Mal perforante plantar..... 142
Matrimonio y ciencia..... 59
Medicación hidro-mineral alcalina..... 183
Medicamentos (Influencia de los leucocitos en la absorción de los)..... 469
Medicina y Cirugía (Anuario internacional de).... 335
Membrana del tabique auditivo.. 173
Menopausia..... 80
Mentofenol..... 15
Micrófono (Nuevo)..... 238
Mixedema..... 40
Mixomicetos... 85
Mordedura de víbora..... . 281
Mortalidad infantil en Barcelona.. 455
Mosquitos como diseminadores de la vacuna.... 250
Muerte aparente.... 451
Nagana (La)..... .. 304
Naso-faringea (Estrechez y oclusión). 419
Necrosis del frontal (Tratamiento de la)..... 39
Nefritis..... 464, 468
— aguda..... 462
Neuralgia (Tratamiento de la). 228, 468
— abdominal..... 299
— facial..... 50
Neuritis múltiples..... 436
Neurosis traumática grave.... 119
Nirvanina en Cirugía..... 429
Noma (Tratamiento del).. ... 79
Obesidad (Terapéutica é higiene de la).. 465
Oclusión espasmódica del esófago..... .. 199
— intestinal (Caso raro de) 152
Oftalmía eléctrica. 246
Oftalmología (Empleo del sublimado en)..... 380
Oído (Nuevo micrófono para observar las vibraciones sonoras del)..... 238
Ojos (Afecciones metastásicas de los)..... 260
Organos femeninos (Anatomía y fisiología comparadas de los)..... 67
Orina (Determinación cuantitativa del ácido úrico y de las bases urínicas en la).... 159
— de los dos riñones (Aparato para recoger la).. 358
Osteomalacia.. 198
Osteo-periostitis reumática... 104
Otología (Revista de).. 173
Ovarios (Indicaciones de su extirpación.... 271
Ozena (Microbio del) 412
Ozono (Purificación del agua por medio del)..... 439
Palúdica (Esplenomegalia)... 428
Páncreas (Cirugía del)..... 388
Paludismo... 463
— y analgeno. 440
Panoftalmía..... 332
Parálisis (Tratamiento de las). 435
Paraplegias de naturaleza pótica.... 5
Parto (Anomalía de las fuerzas durante el)..... 253
— cuádruple... 280
— distócico..... 241
— — en una coxálgica... 35
— provocado.. 232
Parturientes (Baños de limpieza en las)..... 318
Patología general (Cuadros sinópticos de)..... 373

Pelada (Tratamiento de la)... 440
Pelagra (Patogenia de la). ... 305
Pelvis (Estrechez de la)..... 232
Pene (Estrangulación del).... 276
Peptona desde el punto de vista terapéutico (La) 466
Pericarditis aguda en un caso de difteria con crup..... 113
Periódicos de oftalmología desde el punto de vista de la higiene..... 92
Peritonitis tuberculosa (Tratamiento de la)..... 388
Peste bubónica en Portugal (Microbio de la)..... 253, 413
Petrificado (El hombre)..... 272
Piel (Tumores de la)..... 154
Pielonefritis supurada.. . . 136
— á coli-bacilo..... 61
Piorrea alveolar 114
Piramidón..... 228, 468
Placenta atravesada por una sonda de Krause..... 232
Pneumonía 384
— de forma edematosa.... 462
— (Predisposición de la raza árabe á la)..... 385
— (Tratamiento de la).... 468
— fibrinosa aguda..... 382
Pneumonías grippales (Tratamiento de las)..... 386
Pneumotórax tuberculoso . .. 197
Porro (Operación de).. 241
Pot (Enderezamiento de la joroba en el mal de) 273
Presentación anómala..... 449
Prisiones celulares..... 411
Problema infantil y la legislación (El)..... 18
Prolapso uterino (Tratamiento del) 399
Prostatismo..... 183
Proteo vulgar 413
Pseudo-coxalgia de origen herniario..... 471
Psoitis 435
Psoriasis..... 239
— y tiroidina 356
Pulmón (Edema agudo del)... 349
Pulmonar (Edema)..... 347
— agudo (Patogenia del edema)... 348
Púrpura reumática y angina.. 196
Pústula maligna..... .. 421
Queratitis parenquimatosa... 329
Quiste hidatídico del abdomen. 111
— — del hígado..... 427
— de la mama..... 229
Rabia..... 109
Rabia (Lesiones histológicas de la)..... 26
Radiografía..... 38, 74
— de cavernas pulmonares. 417
— en las fracturas y luxaciones..... 392
Raquis (Lesiones inflamatorias del) 454
Rayos X..... 38, 74, 392, 417
— y dermatosis..... 397
Régimen de los albuminúricos (El)..... 464
Resección del nervio maxilar superior y del inferior. 50
— del ureter..... . 238
Retención de orina 199
Retina (Embolia de la arteria central de la)..... 341
Reumatismo..... 40
— articular 468
— agudo. 468
— (Bacteriología del)..... 387
— y la angina (Relaciones entre el)..... ... 196
— muscular.... 228
Revista de Higiene . 85, 246, 406
— de oto-rino-laringología. 173
— de Terapéutica y farmacología. 10
Rinología (Revista de). 173
Rinoplastia (Nuevo procedimiento de)... 112
Riñones (Enfermedades de los) 462
Rodilla (Tuberculosis primitiva de la sinovial de la)..... 268
Rotura subcutánea del intestino..... 157
Salicilatos de metilo 468
Salpingo ovaritis supurada.... 151
Sangría.. 468
— (Indicaciones de la).... 462
San Juan de Dios (Un día de guardia en).... 373
Sanatorios sub-urbanos para tuberculosos..... 200
Sarampión (Intervención en el). 112
— (Signo precoz del)..... 199
Sicosis (Tratamiento por la formalina). 280
Sífilis (Tres casos de)..... 301
— del intestino.. 190
Síndrome de Benedikt..... 130
Sinovial de la rodilla (Tuberculosis de la) 312
Suero anticoli (Del).... 17
— antidiftérico..... 437
— de Calmette..... 281
Sulfurol (Acción terapéutica del) 466

Superinvolución uterina. 85
Surra (La)..... 304
Talla hipogástrica..... 255
Tarsalgia 434
Tarsóptosis 434
Tenias (Las) 406
Terapéutica (Revista de)..... 10
Termogénesis, termolisis y termotaxis..... 416
Tétanos (Del)..... ... 318
Tífico (El bacilo) 409
Timo (Empleo terapéutico del) 465
Tiroides (Arsénico del cuerpo) 346
Tisis (Tratamiento de la).. .. 200
Tocología (Uso externo de la acetanilida en)..... 317
Torsión epiplóica en un saco herniario.... 154
Torticolis operado..... 72
Tos ferina..... .. 40
Trasplantación de los tendones en las parálisis..... 435
Traqueotomía 423
— (Modificaciones de la cánula de) 177
Trepanación del seno frontal. 99
Trompas de Falopio (Indicaciones de su extirpación)..... 271
Tuberculina en una histérica no tuberculosa..... 119
Tuberculosis 463
— (El Congreso de Nápoles acerca de la). 299, 374, 417
— (Transmisión de la). 86, 120
— y el cáncer (Antagonismo entre la)..... ... 86
— en el niño..... 231
— primitiva de la sinovial de la rodilla..... .. 268
— pulmonar 465
— — en Túnez... 305
— renal..... .. .. 33, 111
— (Tratamiento quirúrgico de la). 60, 153
— de la sinovial de la rodilla..... 312
Tuberculosos (Sanatorios para) 200
Tumor mediastínico..... 74
— de la región temporal derecha..... 356
Tumores malignos y asténico.. 429
— de la piel 154
Ulcera callosa (Tratamiento de la) 106
— serpiginosa... 18
— venérea (Tratamiento de la) 120
Ulceras varicosas (Tratamiento de las) 320
Uremia aguda..... 462
Ureter (Resección del)..... 238
Ureteral (Cateterismo)..... .. 268
Utero (Fisiología nerviosa del) 35
— (Indicaciones para la extirpación de los apéndices del)... 271
Vacuna (Su diseminación por los mosquitos) 250
Vacunación durante el embarazo... 411
Vagina (Extirpación de la)... 469
Validol 118
Varicela (Incubación de la)... 251
— (Virulencia de la)... .. 251
Varicocele (Tratamiento radical) 280
Vasos gruesos (Enfermedades de los)..... 462
Vegetaciones adenoideas.. .. 180
Vértigo marino (Patogenia del) 89
Vías respiratorias (Enfermedades de las) 466
Viruela (Propagación de la).. 27
— hemorrágica (Tratamiento de la)..... 14
Vómitos de los tísicos (Tratamiento de los)... 118
Vulva (Ulcera crónica simple de la) 320
Xeroformo..... 15

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Apellaniz (D. A. José de), Médico titular de *Palenzuela* (Palencia).
Bonafonte (D. Mateo), Profesor clínico, por oposición, de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Cobos (D. Eduardo), Alumno de la Escuela de Medicina de Sevilla.
Codina Castellví (D. José), Médico del Hospital Provincial de Madrid.
Compaired (D. Celestino), Profesor libre de Oto-rino-laringología de la Facultad de Medicina de Madrid.
Del Río (D. Luis), Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
García Mansilla (D. Sinforiano), Médico del Hospital Provincial de Madrid.
Guilera y Motos (D. Baudilio), Alumno de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Lozano (D. R.), Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Mariani (D. Juan Manuel), Médico de número del Hospital de la Princesa.
Marín Perujo (D. Arsenio), Profesor libre de enfermedades del aparato digestivo en la Facultad de Medicina de Madrid.
Marqués (D. Francisco), Alumno de la Escuela de Medicina de Sevilla.
Martín Menéndez (D. Antonio), Ex-Médico-Director del Hospital militar de Mahón.
Martínez Cerecedo (D. Adolfo), Doctor en Medicina y Cirugía. Madrid.
Nuñez Sampelayo (D. Angel), Catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca.
Pérez Noguera (D. Emilio) Médico del Cuerpo de Sanidad Militar Madrid.
Ribera y Sans (D. José), Catedrático en la Facultad de Medicina de Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático en la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Oto-rino-laringólogo de Madrid.
Sarabia y Pardo (D. Jesús), Profesor en el Instituto Rubio de Terapéutica operatoria de Madrid.
Sentiñón (D. Gaspar), Doctor en Medicina y Cirugía. Barcelona.
Toledo y Cueva (D. Federico), Médico en *Las Rozas* (Madrid).
Valle y Aldabalde (D. Rafael), Médico del Hospital Provincial de Madrid).

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Cánula traqueal del Dr. Botey 178
Compresas metálicas para las amputaciones 185
Mango universal metálico para el tratamiento de la estrechez y oclusión naso-faringea 420

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO XLIX

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Carretas, 8 y Garcilaso, 6.

1900

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1888)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO XLIX

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Carretas, 8 y Garcilaso, 6.

1900

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

HECHOS CLÍNICOS

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid.

I. Absceso del pulmón. — Pneumotomía. — Curación. — II. Gangrena del pulmón. — Pneumotomía. — Muerte.

I

Desde que publiqué en esta REVISTA (véase el número del 15 de septiembre del 98 y siguiente) algunas observaciones de cirugía pleuropulmonar, con el fin de llamar la atención acerca de las dificultades en el diagnóstico y peligros de la intervención, han sido pocos los casos en los cuales he intervenido por entender indicada la intervención, pero aunque pocos, los entiendo algo instructivos para que merezcan ser publicados, dada la escasez de dichas observaciones, por más que tiendan á demostrar lo que en aquel entonces decía: que el diagnóstico era difícil, que la intervención era peligrosa y los resultados no corresponden en conjunto á los riesgos que se corren al intervenir.

Prueba de las dificultades en el diagnóstico es la siguiente observación:

Se trata de un niño de seis años de edad, al que ví en consulta á principios de mayo de 1899: ilustradísimos los comprofesores que le habían asistido, se había hecho el diagnóstico de pleuresía supurada del lado izquierdo, y precisamente la conformidad en tal diagnóstico había sido la causa de que fuera llamado en consulta para intervenir.

La historia de la enfermedad correspondía á una afección pleuro-

pulmonar, pero al examinar al niño, no quedé convencido de la existencia de un derrame purulento en la pleura, porque era tan circunscrita la macicez, que más bien parecía tratarse de un proceso pulmonar que de un derrame libre en la serosa, á no ser que se tratara de una pleuresía enquistada, y como la intervención suponía un diagnóstico preciso, se creyó oportuno hacer una radiografía.

La fotografía parecía confirmar la existencia de un derrame de la pleura: una mancha obscura ocupaba la mitad inferior de la cavidad torácica izquierda, mancha que cesaba bruscamente en la parte media de la línea vertical del tórax y no por línea recta, sino formando una ligera línea curva de concavidad superior.

Decidióse la operación, pero una vez cloroformizado el niño, hice una serie de punciones, con una aguja gruesa de la jeringa de Pravaz, en el punto que de existir el derrame debiera encontrarse, dado el resultado obtenido por la radiografía, punciones que todas fueron negativas, visto lo cual y no queriendo yo asumir la responsabilidad, dado que seguía encontrando muchas dudas en el diagnóstico, y no queriéndola tampoco asumir ninguno de los comprofesores que habían asistido al niño, acordamos de común acuerdo aplazar toda intervención y esperar á que se despejaran las incógnitas que el caso presentaba.

Pero el estado general fué empeorando los días sucesivos, la fiebre se hizo más intensa, cambianbo de tipo: antes de la exploración era fiebre continua con remisiones y su intensidad había sido variable durante el curso del padecimiento, que contaba ya algunas semanas de fecha; después de las punciones infructuosas, la fiebre fué adquiriendo un tipo que se aproximaba al intermitente con sus escalofríos, su elevación brusca é intensa y el sudor subsiguiente; la disnea se fué pronunciando cada vez más, sin que á la inspección se notaran más hechos que los de macicez limitada al lóbulo inferior del pulmón y falta completa de murmullo vesicular, pero sin que hubiera cambio alguno en la forma aparente de la mitad izquierda del tórax: trastornos digestivos, anorexia, enflaquecimiento, etc., es decir, una serie de síntomas que indicaban la gravedad del caso y que era necesario pensar en una intervención, á pesar de las dudas diagnósticas.

Había algunos hechos indudables: todo inducía á admitir que algo de anormal había ó en la cavidad de la pleura ó en el pulmón, y los caracteres que presentaba la fiebre en éste que pudiéramos llamar segundo período de la enfermedad, inclinaban el ánimo á admitir

que se trataba de una colección de pus, á pesar de lo negativo de las punciones exploradoras.

Resueltos, pues, á buscar el pus y vacilando entre una pleuresía supurada enquistada ó una lesión del pulmón, procedí á la operación el día 12 de mayo de 1899.

Tomando por guía el punto en que la mancha observada por radiografía tenía mayor intensidad, empecé por resecar una porción de la octava costilla izquierda, correspondiendo el centro de la incisión con la línea axilar: resecada en la extensión de unos 6 centímetros, hice una incisión pequeña en el periostio correspondiente á la cara posterior de dicha costilla, incindiendo á la vez la pleura costal en pequeña extensión; no salió pus, ni se produjo pneumotórax, ni encontré cavidad, es decir, que había caído afortunadamente en un punto en que la pleura costal estaba unida á la visceral, hecho que á la vez que simplificaba de una manera enorme las maniobras quirúrgicas, nos daba hecho el diagnóstico: se trataba de una afección pulmonar, siendo lo lógico creer, dados los caracteres clínicos, que existía un absceso del pulmón.

Si la incisión del pulmón sano es temible por la hemorragia, como ya senté en el artículo antes citado, en cambio la existencia de adherencias hacía suponer que al producirse, la capa pulmonar que envolvía al absceso supuesto debía estar profundamente modificada, porque de lo contrario, tales adherencias no existirían, y por esto y porque soy muy poco partidario de emplear el termo-cauterio para incindir los tejidos, sea cual fuere el órgano que haya de incindir, hice la incisión del pulmón con el bisturí, si bien á pequeños cortes y examinando á cada momento el fondo de la incisión, y habiendo llegado á una profundidad de unos 5 centímetros sin haber encontrado pus, cogí la sonda acanalada para usarla como instrumento de diéresis roma, ya que no me atrevía á llegar más adelante con el bisturí. Al llegar á la profundidad de 10 centímetros, una sensación de resistencia vencida y el llenarse de pus el campo operatorio, demostró que habíamos llegado á la cavidad del absceso, pudiéndose calcular en más de 300 gramos la cantidad de pus vertida al exterior.

No juzgué prudente insistir en la exploración de dicha cavidad: los caracteres del pus, que era un pus amarillento, cremoso, indicaban que se trataba de un absceso consecutivo á una flegmasía aguda franca, sin que se pudiera pensar ni en quiste hidatídico supurado, ni en absceso tuberculoso, ni en foco de gangrena, es decir, no

era un absceso consecutivo, sino la terminación de una flegmasía aguda, y por lo tanto, me limité á hacer una irrigación ligera con una disolución caliente de ácido bórico, más bien para limpiar mecánicamente que para desinfectar el foco, colocar un tubo de desagüe, que no medía menos de 10 centímetros, y disminuir en lo posible la abertura externa por medio de una serie de puntos de sutura, colocando un apósito antiséptico.

La marcha post-operatoria fué tan sencilla que no merece se haga mención especial: desapareció la fiebre desde los primeros días siguientes á la intervención, el pus se agotó en breve espacio de tiempo, reapareció el apetito, empezó á mejorar de un modo notable el estado general, desaparecieron todos los síntomas torácicos y al mes de la intervención no quedaba del absceso pulmonar y de la intervención quirúrgica que había exigido, más que la cicatriz de la incisión quirúrgica que fué precisa para hacer la resección de la octava costilla; la curación fué completa.

Como se ve, se trata de un caso que ofrece alguna enseñanza, tanto por la naturaleza de la enfermedad, como por las dudas en el diagnóstico y en el buen resultado de la intervención quirúrgica.

Conviene advertir que los abscesos que podemos llamar dependientes de una flegmasía simple del pulmón no son tan frecuentes como pudiera creerse, y si se observan de cuando en cuando algunas colecciones purulentas que pudiéramos llamar consecutivas, no ocurre lo mismo en los llamados abscesos idiopáticos; de ahí las dudas diagnósticas, que sólo cesaron durante la intervención quirúrgica.

Relacionado con el diagnóstico está el resultado de la radiografía: la interpretación hecha por el Dr. Espina era muy plausible, y realmente había que inclinarse á la pleuresía supurada: al resultar un absceso del pulmón, no se puede objetar que la radiografía nos había engañado; lo que no resulta del todo cierta fué la interpretación: el análisis radiográfico nos dijo que había algo de anormal en la cavidad torácica, de modo que el diagnóstico de la lesión nos lo dió; lo que no se puede pedir á dicho medio diagnóstico es la limitación del sitio: la imagen no determinaba si se trataba de pleura ó de pulmón, pero entiendo que es ya bastante la determinación de la existencia de una lesión que, dados los caracteres clínicos y la imagen obtenida por radiografía, había que sospechar era una colección purulenta: lo único que no resulta muy claro es la limitación del

absceso, pues la mancha que resultó en la fotografía del tórax parecía demostrar que se trataba de una colección difusa.

En cuanto á la intervención, se puede citar como tipo de intervención sencilla, gracias á la existencia de las adherencias pleuro-pulmonares y á la casualidad de haber caído sobre dichas adherencias, porque ciertamente si reseco una costilla más alta, la maniobra no hubiese sido tan sencilla.

No siempre ocurre así; no siempre los resultados son tan favorables, y como ejemplo de que no todo consiste en la intervención, se puede citar el siguiente caso, también operado por mí en la Clínica de San Carlos, cuya historia, dada la importancia del caso, fué recogida por el profesor clínico Dr. Ortega, limitándome en su consecuencia á transcribirla íntegra con los mismos comentarios hechos por dicho Dr. Ortega.

II

Cama núm. 1 de la Clínica Quirúrgica, 2.° curso.

Filiación.—Epigmendo Medina, de cuarenta y uno años de edad y operario de un taller de carretería.

Antecedentes hereditarios.—No los precisa bien el enfermo, sólo recuerda que padecía de vómitos de sangre su madre, de cuyo padecimiento falleció.

Antecedentes patológicos individuales.—Tuvo una pulmonía á los diez años de edad, y hace seis años, otra, no recordando ninguna otra, excepción hecha de un violento golpe que sufrió, cayendo de costado, sobre el eje de un carro, en el lado derecho; después del cual dice el enfermo que se notaba el hundimiento de las dos últimas costillas del lado derecho; este accidente traumático hace tres años que lo experimentó, causándole dolores sobre la parte, muy agudos, espontáneos y á la presión, pero que no obstante le permitieron, pasados ocho días, volver á su trabajo.

Enfermedad actual.—Hace unos tres meses que empezó á sentir cansancio prematuro en el trabajo, fatiga para esfuerzos relativamente pequeños, tos seca que muchas veces le producía el vómito, y unido á estos síntomas una repugnancia á toda clase de alimentos y casi completa pérdida del apetito; así y todo siguió trabajando mes y medio hasta el 27 de octubre, si bien las molestias antedichas seguían en progresión creciente, hasta el punto de que en dicho día un violento acceso de tos determinó la brusca expulsión por boca y narices de un líquido claro, de color rosado, espumoso que llevaba

en suspensión algunas cantidades de sangre. El volumen del líquido expulsado lo hace subir el enfermo á cuatro ó cinco litros durante las seis horas en que se sucedió casi sin interrupción la expulsión del líquido, por repetidos accesos de tos. Aun rebajando á sus justos límites la cifra que da el enfermo, de todos modos el dato expuesto demuestra que era importante la cantidad del líquido expulsado por el enfermo, y podemos formarnos idea de su cantidad y forma de expulsión (vómicas), precedidas siempre de accesos de tos.

En esta fecha guardó cama el enfermo, le sangraron, se fué espaciando más la expectoración y espesándose el líquido, á la par que se obscurecía hasta hacerse negruzca su coloración, y al mismo tiempo se desarrollaba la fetidez del aliento.

En este estado y arrojando diariamente la cabida de dos escupideras de pequeño tamaño, con fiebre constante, aunque moderada, pérdida de fuerzas y de peso, siguió este enfermo hasta su ingreso en nuestra Clínica donde se nos presenta con el siguiente estado actual: Fetidez considerable del aliento, coloración blanco-azulada de la piel, blanca de mucosas labiales y conjuntivas y notable demacración, la que lo es más, si como afirma el enfermo ha sido bastante grueso, y en el último mes de enfermedad ha llegado á perder una arroba de peso, son los síntomas que á primera vista se observan en este enfermo.

Examinando el tórax, se observa pequeña asimetría á simple vista á favor del lado derecho, abombamiento considerable en la base en su mitad derecha, mayor prominencia que la normal del hipocondrio derecho por hallarse rechazado hacia abajo el hígado.

El decúbito izquierdo, le producen tos y expectoración, por lo que rehuye el enfermo esta posición, así como la sesil, molestias que desaparecen con el decúbito derecho y posición bípeda.

Por percusión, matidez á partir del cuarto espacio intercostal derecho hasta tres dedos por debajo del reborde costal, por delante; por detrás, menos pronunciada del cuarto al sexto y desde éste al séptimo inclusive, cuando se percute con alguna intensidad, se hallará el sonido, siguiendo después la macicez hasta la implantación diafragmática, por encima de ella, más arriba que por la parte anterior.

Por auscultación. — Respiración cavernosa, broncofonía, egofonía intensa, verdadera pectoriloquia por su extensión pero sin articulación del sonido, y por delante desde la disminución y supresión más tarde del murmullo vesicular, estertores crepitantes más gruesos y

húmedos que los de la pneumonía en la periferia de la región donde se aprecian los síntomas cavitarios (respiración cavernosa, etc.).

La expectoración, mejor dicho lo expectorado, ofrece dos principales aspectos, unas veces son moco-purulentos teñidos de sangre y otras, es menos denso el líquido aireado y entonces tiene en suspensión unas masas negruzcas filamentosas que en él sobrenadan.

El pulso es blando y algo frecuente, la fiebre pequeña, no pasa de 38°, y muchos días no llega á esta cifra por la tarde. El corazón late á nivel del quinto espacio por dentro del mamelón, oyéndose la propagación de sus latidos, en toda la mitad derecha del tórax.

No tiene apetito, digiere mal y padece con frecuencia de diarreas, aun con régimen lácteo.

Diagnóstico. — Caverna por gangrena pulmonar consecutiva á pleuro-pneumonía con fístula pleuro-bronquial.

De lo expuesto, se ve que la génesis y marcha de la enfermedad en este caso, no pecaría de ilógica, y de falta de fundamento al afirmar que este enfermo pulmoníaco dos veces, la última hace seis años, y hasta con antecedente traumático sobre el lado derecho del tórax (dato al que concede bastante valor Jaccoud como etiología de esta afección en algunos casos), apareció su enfermedad actual con una pleuro-pneumonía insidiosa, de la que no se dió cuenta hasta su primer vómica (mes y medio antes de nuestra observación), consecuencia de la comunicación bronquial ó por asociación, con el estafilococo, estreptococo, tetragenus, leptotrix pulmonalis (según otros es el mismo bucalis), micro-organismos que al asociarse producen la gangrena pulmonar, determinaron ésta y su progreso la caverna pulmonar y la abundante expectoración de detritus pulmonares, hechos todos comprobados en la operación.

Pronóstico. — Muy grave por la enfermedad, extensión y sitio de las lesiones, clase de intervención, órgano sobre que recae ésta, y complicaciones posibles propias de esta clase de afecciones, operatorias y post operatorias.

Tratamiento.—El día 21 de diciembre de 1898, procedió el profesor Dr. Ribera, á la siguiente operación : Trazó un colgajo músculo-cutáneo de convexidad inferior al nivel de las octava y novena costillas, correspondiendo el centro del colgajo á la línea axilar.

Puestas al descubierto dichas costillas, se resecaron en su mayor extensión, é incindiendo la parte profunda de la pared torácica, quedó al descubierto la bóveda diafragmática, quedando un espacio algo considerable entre dicha bóveda y la base del pulmón, á la cual

estaba adherida la pleura costal que por lo tanto quedaba desprendida de la pared costal en una buena extensión por la parte externa, pero no en su cara interna, posterior y algo de la anterior, porque la serie de adherencias la mantenían reunida al diafragma, surco costo vertebral, etc.

Como el diagnóstico era de caverna en el lóbulo inferior, se empezó con el dedo, sonda acanalada, tijeras cerradas, etcétera, á rasgar la masa de tejido pleuro-pulmonar no separándose de la línea de las adherencias hasta que llegando á la profundidad de unos 5 centímetros, una ola de líquidos infectos y fetidísimos que tenían en suspensión pociones mortificadas de tejido pulmonar, llenó el campo operatorio : la cavidad era grande, del tamaño de una naranja. En este momento se produjo un violento acceso de tos. Se hizo un lavado ligero, se colocaron dos tubos de desagüe y se suturó toda la herida excepto en el punto ocupado por dichos tubos.

Diario de observación. — Supresión de vómicas, desagüe de expectoración fetidísima y putrílago pulmonar por el tubo dejado en la caverna, cura diaria, con prudencia en los lavados con pequeña cantidad de ácido bórico de cada vez para no producir accesos de sofocación, alimentándose el enfermo y suspendidos los lavados desde el día 25, por haberse iniciado un ligero rezumamiento rosado por el tubo de desagüe; en la noche del 27 al 28 se presentó una abundante hemorragia que caló el apósito, cayó el pulso, bajó la temperatura, rehaciéndose notablemente sobre todo la temperatura, merced á inyecciones de suero artificial (200 centímetros cúbicos), y murió el enfermo quizá de una embolia, pues momentos antes de expirar tenía 38°, y después de la sufrida por la noche, no se vió en el apósito sangre que indicara otra hemorragia, pudiendo haber sido ésta, en unión de las demás, abonadísimas condiciones, de tejido y microbianas, causa de la formación de émbolos, que por su localización causaran la muerte del enfermo, acaecida el 28 de diciembre de 1898. No se pudo hacer la autopsia pedida.

Como se ve, el caso es interesante é instructivo, y respetando las consideraciones hechas por el Dr. Ortega, en lo que no cabe duda es que la muerte fué debida á la hemorragia intensísima que se produjo al séptimo día de la operación, la cual no puede reconocer otro origen que el desprendimiento de una escara que al caer dejara al descubierto un grueso tronco, produciéndose la hemorragia causa indudable de la muerte, accidente imposible de evitar, no relacionado con el trauma operatorio, sino con la enfermedad que exigió la

intervención; accidente que siendo posible, hace que no se considere de un pronóstico tan favorable, como por algunos se pretende, la intervención quirúrgica en la gangrena pulmonar, y que unido á lo que ya expuse en el artículo antes citado, demuestra que la cirugía pulmonar presenta muchos riesgos, es una cirugía peculiar y propia de esta cavidad y que no presenta condiciones muy á propósito para que se convierta en una cirugía de práctica corriente.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.

SUMARIO: I. Cocaína. Nuevo procedimiento de anestesia por infiltración.—II. Antiflogistina.—III. Epicarina.—IV. El Aneson.—V. Artemisina.—VI. Empleo del ácido quínico en la diátesis úrica.—VII. Las inhalaciones de oxígeno en el tratamiento del mareo del mar.—VIII. Hedonal. Nuevo hipnótico.—IX. El Resaldol.—X. Icthoformo.

I. **Cocaína. Nuevo procedimiento de anestesia por infiltración.**—El profesor Augusto Bier (de Kiel), ha dado á conocer en el *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, un nuevo procedimiento de anestesia por infiltración, valiéndose de la cocaína. Consiste en inyectar en el canal vertebral, al nivel de la región lumbar, pequeñas cantidades de una solución débil de clorhidrato de cocaína (0'5 á 1 por 100). De esta manera, se obtiene á los diez minutos, la completa anestesia de las extremidades inferiores y del abdomen, pudiendo practicarse operaciones de importancia en dichos miembros, sin que el paciente acuse dolor alguno. La dosis inyectada no ha excedido de 5 miligramos, disueltos en 1 gramo de agua.

El autor cree que esta anestesia completa y generalizada á la mitad inferior del cuerpo, es debida á la acción directa de la cocaína sobre los grandes troncos nerviosos, que salen por los agujeros de conjunción y sobre los ganglios que se encuentran dentro del canal espinal.

El procedimiento es, por otra parte, completamente inofensivo.

El Dr. Saldowitsch, publica en el *Centralblatt f. Chirurgie* (marzo de 1900), que ha puesto en práctica el procedimiento de Bier, en cua-

tro casos de grandes operaciones, pero inyectando 1 centígramo de cloruro de cocaína, en vez de los 5 miligramos que señala el indicado profesor.

Los resultados no pudieron ser más satisfactorios; pues en los cuatro enfermos consiguió obtener una anestesia completa, y algunas veces lo bastante duradera para permitirle efectuar operaciones de cincuenta minutos de duración, sin sufrimiento alguno por parte del paciente.

Las operaciones efectuadas fueron: una desarticulación del pié por el procedimiento de Pirogoff; una amputación de la pierna con extirpación de los ganglios de la ingle por melanosarcoma del calcáneo; la extirpación de un carcinoma de la rodilla y la resección de esta misma articulación, por tuberculosis.

La sensibilidad volvió á restablecerse al poco tiempo de haber terminado el acto quirúrgico; y como fenómenos secundarios, sólo se observaron ligero aumento de la temperatura, dolor de cabeza y rapidez del pulso. Algunas veces hubo también vómitos, vértigos y excitabilidad nerviosa, pero esto fué muy raro; y de cualquier manera, los referidos síntomas de intolerancia duraron poco y desaparecieron espontáneamente.

El enfermo del melano-sarcoma sucumbió por caquexia, y al hacer la autopsia, se examinaron cuidadosamente el canal vertebral, el conducto raquídeo, la médula y las raíces nerviosas, sin encontrar en ninguno de estos puntos, nada de extraordinario.

II. **Antiflogistina.**—Es una mezcla de

Kaolin	1000	partes.
Glicerina	1000	—
Ácido bórico	100	—
Esencia de menta	1	—
— de Wintergreen	1	—
— de eucaliptus	1	—

Se pasa el kaolin por el tamiz número 60, se calienta á 100 durante una hora con objeto de esterilizar este producto, se añade la glicerina y se continúa calentando durante 30 ó 40 minutos, agitando la masa hasta que se obtenga una pasta homogénea; se deja enfriar casi por completo y entonces se añade el ácido bórico y los aceites esenciales. Se conserva en frascos perfectamente tapados, con objeto de evitar la absorción de la humedad del aire.

Esta preparación está destinada á sustituir á las cataplasmas, teniendo la ventaja de poderse emplear sin previa ebullición, de no

contener substancias fermentescibles y de calmar el dolor casi inmediatamente.

III. **Epicarina.** — Es un producto de condensación del naftol β y del ácido cresotínico, que algunos consideran como ácido β oxinaftilo-oxi-m-tolúico, capaz de formar sales perfectamente definidas, estables y cristalizadas y que se presenta en forma de polvo amarillo-rojizo, fusible á 199 grados, de olor ligero á ácido acético, soluble en el alcohol, éter y aceite de vaselina, que adquiere en solución alcohólica, color azul, cuando se mezcla con algunas gotas de percloruro de hierro, que produce un líquido rojo-obscuro con fluorescencia verde muy viva, cuando se le calienta con ácido sulfúrico concentrado y que en presencia del cloroformo y de la potasa cáustica se tiñe de amarillo, que después pasa al amarillo verdoso. El naftol desenvuelve con estos últimos reactivos color azul intenso.

La epicarina es un antiséptico poderoso que carece de la acción tópica irritante del naftol y que resulta al propio tiempo muy poco tóxica, pues un conejo de mediana talla soporta sin trastorno alguno la dosis de 1 gramo por vía gástrica, y la de 20 centígramos en inyecciones hipodérmicas.

El Dr. Kaposi (*Wiener Medicinische Wochenschrift*), la ha empleado con excelentes resultados en 80 casos de sarna; pues los picores cesaron en todos ellos después de la primera untura, con una pomada al 10 por 100, y la curación fué completa y definitiva después de la segunda ó tercera.

En el prurigo calma inmediatamente los picores, pero la curación se hace esperar de diez á quince días.

En el eczema agudo y crónico y en la psoriasis, el medicamento no produce resultado.

IV. **El Aneson.** — Se da este nombre á una solución al 1 por 100 de aceton-cloroformo cristalizado, ó sea la cloretona, de que ya nos hemos ocupado en estas *Revistas*.

V. **Artemisina.** — Es un glicósido descubierto por Merck en la artemisa marítima ó semen-contra, que se presenta en forma de láminas cristalinas incoloras, fusibles á 200 grados, insolubles en el agua, pero solubles en el alcohol.

Esta substancia estimula la secreción de las glándulas pépsicas del estómago y excita la contractibilidad de la túnica muscular de este órgano y de los intestinos, despertando el apetito y facilitando las digestiones.

Se recomienda mezclada á la cuasina y al protoxalato de hierro de esta manera:

Artemisina.....	2 miligramos.
Cuasina cristalizada.....	2 —
Protoxalato de hierro.....	2 gramos.

H. s. a., 20 píldoras grajeadas iguales, para tomar dos en cada una de las principales comidas.

VI. **Empleo del ácido quínico en la diátesis úrica.** — Weiss ha publicado en el *Berliner Klinische Wochenschrift*, un excelente artículo destinado á demostrar que el ácido quínico disminuye considerablemente la formación de ácido úrico en la economía, sin que por esto se dé lugar á ningún trastorno consecutivo.

Por esta acción particular, el ácido quínico resulta, según Weiss, muy indicado en todas las manifestaciones de la diátesis úrica, en las que lo recomienda unido al citrato de litina, del modo siguiente:

Acido quínico.....	50 centígramos.
Citrato de litina.....	15 —
Azúcar blanca.....	80 —

Para una pastilla. Háganse 50 iguales.
Dosis: 6 á 10 por día.

VII. **Las inhalaciones de oxígeno en el tratamiento del mareo del mar.** — Hace muy pocos meses que el Dr. Tremblay ha ensayado este procedimiento que había sido recomendado anteriormente por el doctor Dubois (de Lyon).

Según la experiencia del indicado Profesor, 30 ó 40 litros de gas, bastan para hacer desaparecer tan insoportable trastorno. La cefalalgia desaparece, las palpitaciones del corazón se calman, cesan las náuseas y los vómitos, el enfermo experimenta una notabte sensación de tranquilidad y bienestar, y no tarda mucho en quedarse profundamente dormido.

Para obtener tan buenos efectos, es indispensable no respirar por la nariz mientras se verifica la inhalación, á fin de que el aire no penetre en los pulmones al mismo tiempo que el oxígeno.

Dichas inhalaciones pueden repetirse sin inconveniente alguno cuantas veces se juzgue necesario.

VIII. **Hedonal. Nuevo hipnótico.**—Según *La Medicine Moderne* (julio de 1900), el hedonal es un derivado del uretano, es decir, un *metil-propil-carbinol-uretano*, de acción hipnótica, dos veces más enérgica que la del hidrato de cloral y desprovisto, en absoluto, de todo efecto consecutivo desagradable. Dreser afirma que no influye en lo más

mínimo sobre la respiración, ni sobre la presión sanguínea, por más que la temperatura descienda un poco durante el sueño. También cree haber observado ligero aumento en la cantidad de orina. En las ranas, el hedonal determina la abolición de los movimientos reflejos durante un plazo cuatro y hasta seis veces mayor que cuando se hace uso de los preparados de cloral.

Este nuevo hipnótico se disuelve en pequeñas cantidades de agua fría, formando soluciones de sabor muy semejante á la menta piperita. Una vez introducido en el organismo y después de haber obrado sobre los centros nerviosos, originando el sueño, se descompone en agua, urea y ácido carbónico. Schuster ha empleado el hedonal en gran número de enfermedades del sistema nervioso, tales como la esclerosis medular, la parálisis progresiva, la tabes dorsal, la enfermedad de Basedow, el morfinismo crónico, el eretismo mecurial, la neuralgia ciática, el histerismo, la hipocondria y la neurastenia, obteniendo siempre muy buenos resultados. El sueño se manifestó entre quince y treinta minutos después de la ingestión del medicamento; se prolongó de cinco á siente horas, con una dosis de 2 gramos; fué perfectamente tranquilo y en un todo semejante al fisiológico, según el testimonio de los enfermos, y no dejó, en ningún caso, tras de sí, cefalalgia, obtusión intelectual, debilidad muscular, ni malestar de estómago. El autor dice no haber observado el aumento en la cantidad de orina que menciona Dreser; y añade, que como el hedonal es un hipnótico y no un narcótico, sus beneficios resultan nulos, ó sólo se manifiestan muy debilmente cuando se trata de insomnios mantenidos por afecciones dolorosas.

Eulenburg ha experimentado, por su parte, el medicamento en tres enfermos de enajenación mental, en dos de epilepsia, en uno de histerismo, en dos de tabes dorsal, con dolores lancinantes sumamente agudos, en tres de ciática, en uno de neuralgia del trigémino, en dos de dolores debidos á la colecistitis y pielonefritis respectivamente y en uno de trastornos cerebrales consecutivos á apoplegía. En los veinte casos restantes, se trataba de insomnios nerviosos, sufridos por neurasténicos que se quejaban de diversas formas de cefalea.

Después de esta amplia y cuidadosa experimentación, Eulenburg deduce conclusiones en un todo semejantes á las establecidas por Schuster, haciendo constar que en los casos ligeros, un gramo de hedonal en una dosis, es suficiente para hacer dormir á los enfermos toda la noche, ó por lo menos de cinco á siete horas; que en los casos rebeldes se deben dar hasta 2 gramos; que no produce trastorno

alguno consecutivo; que la orina no ha presentado nunca, después del empleo del medicamento que estudiamos, azúcar ni albúmina y que la principal indicación de este nuevo hipnótico, consiste en la agripnia ó insomnio de las enfermedades funcionales del sistema nervioso, equivaliendo 2 gramos del hedonal, á otros 2 de cloralamido y á 1 de trional.

Según el mismo autor, la acción diurética hecha constar en los animales, por Dreser, es muy inconstante en el hombre. Sin embargo, en determinadas circunstancias, pudiera llegar á constituir una verdadera contraindicación al empleo del remedio. Un hombre de cincuenta y siete años, neurasténico, afectado de tenesmo de la vejiga, presentó incontenencia de orina poco después de la ingestión de un gramo de la substancia medicamentosa que nos ocupa.

El hedonal puede administrarse disuelto en agua fría, ó mejor aún, bajo forma pulverulenta y envuelto en pan ácimos, pues su sabor resulta un tanto desagradable. Los enfermos más refractarios á su acción hipnótica, son los que padecen excitación maníaca ó dolores neurálgicos; pero aun en estos casos, pueden obtenerse buenos resultados, combinando el hedonal con otros hipnóticos más enérgicos ó con los antineurálgicos y narcóticos.

IX. **El Resaldol.**—Es un producto de la condensación del saloformo con la resorcina, que se presenta bajo forma de polvo amorfo, ligero, amarillento, muy soluble en los álcalis caústicos y en las soluciones sódicas; pero insoluble en el agua, alcohol, éter, bencina y demás disolventes ordinarios. Ni la saliva, ni el jugo gástrico consiguen disolver el Resaldol; en cambio, una solución diluída de bilis, lo logra inmediatamente.

Esta substancia parece estar dotada de propiedades antisépticas y astringentes, que indican su empleo en las diarreas infecciosas y toxi-alimenticias, en cuyos padecimientos ha sido empleado con resultados satisfactorios á la dosis de 3 á 5 gramos por día. También se ha ensayado con buen éxito en las diarreas infantiles, siempre que se trate de niños robustos, pues los enfermizos ó debilitados, no pueden soportar el medicamento.

De igual modo ha prestado muy buenos servicios en las diarreas de origen tuberculoso.

El Resaldol no es tóxico, pues se han podido administrar 10 gramos en las veinticuatro horas, sin fenómeno de intolerancia de ninguna clase (*Therapeutische Monatshefte* de Berlín).

X. **Icthoformo.**—Es una combinación de ictiol y de formaldehído.

F. Shafer asegura que este medicamento es un antiséptico intestinal, capaz de proporcionar considerables beneficios en el tratamiento de la enteritis tuberculosa. A la dosis de 2 á 3 gramos por día, disminuye los dolores y hace desaparecer las diarreas profusas que acompañan á dicho padecimiento.

El Icthoformo es completamente inofensivo, pues puede administrarse en cantidad de 8 gramos cada veinticuatro horas, sin que se desenvuelva ningún síntoma de intoxicación.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Las inyecciones endevenosas de sublimado en el tratamiento de la sífilis. — El Dr. Claudio Hernández Ros, publica en *El Boletín Oficial del Colegio de Médicos de Murcia*, el caso clínico referente á un joven que había contraído el padecimiento hacía cuatro años, y según sus manifestaciones, había pasado por los períodos primario y secundario, sin que se anunciase por signo alguno la intensidad que al llegar al terciario había de adquirir la enfermedad.

A primera vista llamaba la atención en él, la marcadísima palidez de la piel y mucosas, que revelaba bien á las claras la profunda anemia á que había llegado por la acción combinada de la enfermedad, los tratamientos alterantes y la escasez y pobreza de su alimentación.

La piel estaba llena de pequeños nódulos ó gomas, que se habían ulcerado en distintos sitios, dando lugar á la formación de estas úlceras irregulares, en forma de riñón, de bordes corroídos y fondo sucio tan características, que el enfermo cubría y ocultaba con numerosos algodones, entre los que se percibían varias cicatrices lisas y deprimidas, cuyo color cobrizo pregonaba escandalosamente la naturaleza de la enfermedad que las había producido.

También se quejaba de fuertes dolores osteócopos, y sobre todo, acusaba intensas cefalalgias, pérdida de la memoria, insomnio pertinaz y cambio notable en su carácter.

En presencia de un caso tan grave, y ante la amenaza de que principiaba la invasión del cerebro, tal vez por la endo-arteritis propia de estos estadios del mal, y temiendo que esta localización de tan excepcional importancia de por sí, había de tener una influencia decisiva en la marcha general del padecimiento, precipitando su fatal terminación, se decidió previa la más escrupulosa asepsia, por inyectar en las venas subcutáneas de ambos antebrazos, un centímetro cúbico cada dos días de una solución de bicloruro hidrargírico al 1 por 1000, adicionado con una pequeña cantidad de cloruro sódico, según recomienda el autor de la fórmula. Poco á poco fué aumen-

tando la dosis y llegó á inyecctar de una vez hasta 10 centímetros cúbicos, sin que en ninguna de las inyecciones tuviera que lamentar el menor incidente.

La inyección no es dolorosa, sobre todo si se enfila bien la luz del vaso con la aguja de la jeringa, lo que se conoce porque al comprimir el pistón no se forma colección de líquido subcutáneo, como ocurre en las inyecciones hipodérmicas, y á los pocos momentos puede observarse, que se ha formado un coágulo en el interior de la vena, de altura variable, según la cantidad de líquido inyectado, que la transforma en un cordón duro, coágulo que desaparece pasadas algunas horas.

Los efectos generales no pudieron ser más lisonjeros. Los síntomas cerebrales desaparecieron á los quince ó veinte días y las úlceras cutáneas y faríngeas cicatrizaron con una rapidez verdaderamente milagrosa, tanto que á los dos meses de tratamiento, exclusivamente por las inyecciones, el enfermo se encontraba tan bien, según sus manifestaciones, como si nunca hubiese padecido tan tenaz enfermedad.

No fueron bastantes los consejos de que siguiera con constancia el tratamiento oportuno, abandonó en absoluto todo régimen durante algunos meses, hasta que la inopinada aparición de una iritis, le convenció de que no estaba curado como él creía, y entonces se presentó otra vez en su consulta, solicitando una nueva aplicación de las inyecciones que tan favorables efectos le habían producido algunos meses antes. Le fueron aplicadas y la iritis dicha anteriormente desapareció en breve espacio, volviendo el enfermo á adquirir la confianza absoluta en su curación.

Pasó algún tiempo y por tercera vez volvió á la clínica con todos los síntomas de una periencefalitis difusa, que acabó con su vida en algunos días, sin que fuera posible emplear el recurso salvador de las inyecciones, porque estaba tan disminuída la presión sanguía, que no se pudo dar á las venas el relieve necesario para puncionar su pared.

De esta historia deduce el Dr. Hernández Ros que el método de Bacelli supera á todos los demás conocidos en rapidez é intensidad de acción. De seguro, dice, á cuantos lean este trabajo, les ocurrirá la idea de lo fácil que debe ser el desprendimiento de una embolia que llevada á la aurícula derecha, sea enviada por el corazón al pulmón donde dé lugar á los fenómenos por todos conocidos, pero afortunadamente no ha ocurrido nada de esto, ni tampoco á los numerosos médicos que en Italia, Alemania y Francia han publicado observaciones parecidas, y esto lo atribuye á la facilidad con que el coágulo se licua al poco tiempo de formarse.

Púrpura simple reumatoide en ambas piernas. Curación. — El Dr. D. Lucio López Arrojo, publica en *La Correspondencia Médica*, el caso clínico referente á una joven, de veintitres años, soltera, sirviente, cuyos padres son reumáticos antiguos; la madre ha padecido *onicogrifosis del dedo gordo del pié izquierdo*, de cuya afección curó merced á una operación quirúrgica que se la practicó. La consultante ha tenido varias veces dolores en distintos puntos, atribuyéndolos á la humedad del cuarto en que vivía y además al lavado y fregado exigidos por su ocupación.

En las piernas se observaban manchas de color violáceo, irregulares, dis-

cretas, pequeñas; por el tacto, ninguna elevación, hipertermia ni aspereza; por la presión digital, notable persistencia de las mismas; ni prurito, ni dolor, en las zonas eruptivas.

No cabía duda de que la dermatosis maculosa era una *púrpura simple en ambas piernas*.

Púrpura, *hemacelinosis*, *peliosis*, por la naturaleza hemorrágica de las manchas.

Simple, por la ausencia de hemorragias mucosas ó viscerales concomitantes.

Sea la perturbación neuro-vascular, con hiperemia y hemorragia por diapedesis ó rotura vascular, sea por alteración del líquido sanguíneo, la *hemacelinosis ó púrpura primitiva*, constituyendo el único síntoma ó el más importante, puede ser *exantemática reumatoide*, *infecciosa ó enfermedad de Werlohf*. La *secundaria*, sobreviene en múltiples procesos morbosos, como el escorbuto, las fiebres eruptivas, el tifus, el paludismo, la septicemia puerperal, la anemia perniciosa, la leucemia, la linfadenia, la hemofilia, el mal de Brigth, la pelagra, la intoxicación por la quinina, por los arsenicales, por el ioduro potásico, por el cloral, etc., toda vez que la enferma carecía de los antecedentes oportunos. Faltaban, por otro lado, los signos de la forma *puliculosa*, originada por el insecto *pulex irritans* ó pulga, pues no había el eritema periférico al punto equimótico central ó sitio de la picadura, ni prurito, aparte de la ausencia del factor etiológico.

La disposición simétrica de las manchas petequiales en los miembros inferiores y los dolores que precedieron al desarrollo de la dermatosis, autorizaban para incluirla en la variedad denominada *exantemática reumatoide*, descrita por Brocq y Jacquet, *peliosis reumática* de otros, *púrpura mielopática primitiva* de Mathieu. — *Reumátide maculosa hemorrágica* de *exantemática reumatoide* ó *peliosis reumática*.

Cualquiera que sea el mecanismo patogénico de la afección cutánea, resultaba, bajo el punto de vista del diagnóstico dermatológico, una *púrpura simple en ambas piernas*.

La *púrpura* está sujeta á recidivas.

La terapéutica se redujo á un plan general alcalino y iodurado.

Bicarbonato sódico	3	gramos.
Agua destilada	200	—
Jarabe simple	30	—

M. s. a. Cuatro cucharadas al día.

A las dos semanas, muy mejorada la consultante, se prescribió:

Ioduro potásico	3	gramos.
Agua destilada	200	—
Jarabe simple	30	—

M. s. a. Cuatro cucharadas (de madera) al día.

En 15 de marzo estaba completamente curada la enferma.

Este caso clínico revela que hay dermatosis sintomáticas de estados morbosos constitucionales, curables con un tratamiento general, existiendo especialistas modernos, como los Dres. Brocq y Jacquet, que admiten, lo mismo que los antiguos, la influencia de las diátesis. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de Terapéutica y Farmacología.

Nuevo método de amasamiento empleado como agente terapéutico y como medio de diagnóstico. — El Dr. J. Decref (de Madrid): Por mi procedimiento, descrito en la Revista de Medicina y Cirugía prácticas, de Madrid, he tratado las siguientes lesiones:

De origen reumático: 42 artritis agudas, 56 crónicas, 26 sinovitis, 59 reumatismos musculares de distintas regiones, 43 lumbagos, 38 tortícolis agudos, 7 crónicos, 32 neuritis de distintos nervios, 28 ciáticas agudas y 8 crónicas.

De origen traumático: 44 distensiones articulares, 161 rigideces articulares, anquilosismas ó menos completas, 82 lesiones consecutivas por fracturas de hueso, 7 artritis blenorrágicas, 4 lesiones articulares y periarticulares de origen sifilítico, 3 retracciones cicatriciales por quemaduras, 5 higromas de la rodilla, 4 infartos ganglionares en individuos raquíticos y 6 parálisis faciales *a frigore.*

De la enseñanza dada por estos 645 casos de lesiones bien caracterizadas, aparte de otra porción de casos, que por su dudoso diagnóstico ó incompleto tratamiento no menciono, he sacado las siguientes consecuencias prácticas:

El amasamiento simultáneo con el chorro de vapor trementinado por el aceite esencial, es en las lesiones reumáticas, tanto musculares como articulares y de nervios, de un éxito tal, que quizá no pueda compararse á ningún otro medio terapéutico. Los tortícolis *a frigore* desaparecen en el corto período de una á tres sesiones, así como los lumbagos, siempre que se traten en los primeros días de su aparición. En las artritis, ayudado por la mecánica médica, que constituye el amasamiento intra-articular, en las neuralgias, etc., etc., la curación es rápida en el período agudo, y se nota el alivio desde la primera aplicación. En los siete tortícolis crónicos que he tratado, dos se aliviaron sólo respecto á la deformidad, aunque el dolor desapareció, por no querer operarse de tenotomía, que se hacía indispensable, por haber las contracturas musculares tan sostenidas, determinado degeneraciones más ó menos intensas musculares; uno se operó, y por no hacerse las aplicaciones de amasamiento húmedo después, no quedó tampoco bien; en cambio, en los tres restantes, que en muy malas condiciones fueron operados y se sometieron luego después al tratamiento, el éxito fué completo. Debo advertir el importante servicio que después del amasamiento me ha presta-

do el aparato de suspensión de Offa, modificado por mí para estos casos, en la corrección de las deformidades cervicales.

De las ocho ciáticas crónicas, en dos casos muy antiguos sólo conseguí aliviarlos; de uno no he vuelto á saber, del otro sé que persiste la mejoría después de algunos años.

En las anquilosis articulares no completas por artritis, en las consecutivas á fractura, aun en las que se creía indispensable la resección, se han obtenido resultados admirables.

En los operados de resección de codo, alguna de ellas muy completa, en que el miembro quedaba en absoluta impotencia funcional, se ha restablecido muy bien la mecánica, desapareciendo aquélla y adquiriendo los enfermos la utilidad de su brazo.

Es de notar la ventaja inmensa en las fracturas recientes, donde anestesia el foco y permite hacer movimientos en las articulaciones vecinas, acelera la formación del callo, en una palabra, facilita y asegura el éxito en procedimiento tan ventajoso como es el de Lucas Championnère. He de hacer mención, que en un caso de fractura antigua del húmero que se había hecho la sutura metálica de los fragmentos, se intentó y no se consiguió la consolidación.

En las artritis blenorrágicas, durante el período álgido infeccioso, no he intentado usarlo por no parecerme prudente, pero sí cuando desaparece aquél, en las consecuencias, dependiendo el éxito, como es natural, de la clase é intensidad de los destrozos articulares que se hayan originado.

Es notable también la gran acción resolutiva que ha determinado en los infartos ganglionares de algunos raquíticos.

En todos estos casos, así como en las lesiones sifilíticas locales en que estaba indicado el amasamiento, aparte del tratamiento específico, he hecho estudios comparativos entre las aplicaciones corrientes de amasamiento seco y el procedimiento que he descrito, resultando que, tanto por el más completo resultado como por obtenerse éste en general en la mitad del tiempo, resulta en favor de mi método una ventaja grandísima.

El mismo resultado he obtenido en las parálisis faciales *a frigore*, alternando la sesión eléctrica con el amasamiento y el vapor.

Nada digo respecto al curioso hecho del diagnóstico diferencial de las artritis, porque al copiar mi última comunicación, anteriormente ya lo menciono, y sí sólo recordaré la indispensable integridad de la piel en las regiones donde se opera por éste y por todos los métodos de amasamiento para evitar infecciones cutáneas que hagan imposible la aplicación hasta conseguir el resultado apetecido.

1.ª El amasamiento húmedo, es decir, el amasamiento aplicado simultáneamente con ducha de vapor acuoso sencillo, mezclado con trementina, según los casos, constituye un método excelente masoterápico, superior á todos los conocidos.

2.ª El amasamiento húmedo trementinado, produce los mejores y más seguros efectos terapéuticos en las lesiones reumáticas del aparato locomotor, principalmente por su acción anestésica, que se produce con rapidez desde las primeras aplicaciones.

3.ª Esta acción curativa, rápida, evidente en las lesiones articulares reu-

máticas, no se produce en la artritis, cuyo origen y evolución dificultan el diagnóstico, por ejemplo, en las lesiones tuberculosas, en las que no se obtiene mejoría alguna por este tratamiento completamente inofensivo. Esta diferencia de acción en la artritis, según su origen, nos permite emplear el amasamiento con ducha de vapor trementinado como un medio utilísimo de diagnóstico diferencial.

4.ª Todas las indicaciones del amasamiento ordinario, lesiones traumáticas acompañadas ó no de inflamación, dolores, dificultades mecánicas, circulatorias, tratamiento de las fracturas, lesiones sifilíticas ó blenorrágicas, etc., encuentran una aplicación ventajosa con mi procedimiento, principalmente por la rapidez de estos efectos, que se consigue en la mitad de tiempo que con otros métodos y con más seguros resultados.

5.ª Empleo este procedimiento desde 1889, en cuya época lo describí en las publicaciones médicas españolas.

Me permito presentar al Congreso la *masoterapia con ducha de vapor*, como una medicación nueva, sencillísima en su técnica y de efecto seguro y rápido.

Tratamiento de la tuberculosis laríngea y pulmonar por las inhalaciones antisépticas de mentol bromoformolado.—El Dr. Lacroix (de París): Este procedimiento consiste en inhalaciones de un gas medicamentoso antiséptico, obtenido haciendo pasar una corriente de aire á través de una mezcla, calentada en vaso cerrado, de mentol, formaldehído y bromoformo. Experimentalmente, *in vitro*, este gas compuesto esteriliza el pus y destruye la virulencia del bacilo de Koch. Prácticamente, puede respirarse con ventaja, porque es bien tolerado, y el laringoscopio demuestra que obra siempre favorablemente sobre las vías respiratorias Penetra por la respiración fisiológica en las cavidades laringo-bronquiales que desinfecta en todas sus partes permeables.

He empleado este método en 425 casos, de los que curaron 95 de tuberculosis laríngea incipiente. La eficacia del tratamiento disminuye á medida que se emplea en una época más lejana del principio de la infección. Cuando la infiltración de la mucosa laríngea se ha hecho más profunda, cuando se oyen en el pecho estertores húmedos, el gas antiséptico no se pone directamente en contacto con las lesiones. Deja de ser curativo, aunque es posible todavía aumentar su acción del modo siguiente: inyectando aceite gayacolado debajo de la piel para favorecer la expulsión de los esputos y permitir al gas ponerse en contacto más directo con las lesiones.

Las formas rápidas agudas de la tuberculosis pulmonar, las tisis galopantes que evolucionan en pocos meses, están fuera del alcance de esta medicación, como de otra.

En una palabra: el método de las inhalaciones antisépticas y calmantes de mentol bromoformolado, es un tratamiento de primer orden si se emplea: 1.°, en el principio de la infección bacilar de la laringe ó del pulmón, cuando la mucosa laríngea está invadida superficialmente y los alvéolos pulmonares, son aún permeables; 2.°, en la tuberculosis adquirida de marcha esencialmente crónica y lenta, en la que el bacilo desempeña un papel tan importante.

Gayacolización intensa en la tuberculosis pulmonar. — Los Dres. Weill y Diamantverger (de París): Desde hace once años empleamos el gayacol en

inyecciones subcutáneas. Nuestra estadística comprende 500 casos de tuberculosis pulmonar, tratados por este método y mejorados notablemente.

Los fracasos de esta medicación son debidos:

1.° A la calidad inferior é inconstante del gayacol líquido, llamado del comercio; empleamos el gayacol sintético cristalizado, substancia muy antiséptica, anestésica y desprovista de propiedades tóxicas; puede emplearse á la dosis de 3 y hasta de 4 gramos por día sin peligro;

2.° A la cantidad mínima empleada.

Las fórmulas de Picot y Pignol al 1 y al 5 por 100, son insuficientes, tanto más, cuanto que se agrega iodoformo, que produce diarrea, eucaliptol, que es irritante, y ácido fénico, que es cáustico. Empleamos la fórmula siguiente:

Gayacol cristalizado.....	aa. 10 gramos.
Aceite de almendras dulces esterilizado á 120°.....	
Cloruro de cocaína.....	20 centígramos.

Consérvese en un frasco negro para inyecciones hipodérmicas ó intramusculares. Se hace todos los días una inyección de 1 centímetro cúbico en la región glútea.

Además de estas inyecciones hipodérmicas, empleamos:

a) Toques con la misma preparación en los diferentes puntos de la pared torácica todas las tardes y en una extensión de 8 á 10 centímetros cuadrados.

b) Enemas de 100 gramos de leche tibia, á la que se adicionan 40 á 50 gotas de la preparación referida.

c) Píldoras compuestas de:

Gayacol cristalizado.....	1 centígramo.
Terpina cristalizada.....	2 —
Acido benzóico.....	3 —
Extracto de belladona.....	aa. 1 milígramo.
— de beleño.....	

Para una píldora. Se toma una cada tres ó cuatro horas.

Esta gayacolización intensa y diaria, unida al tratamiento higiénico y dietético, debe continuarse durante muchos meses, con interrupción de ocho á diez días cada tres semanas.

Los síntomas que mejoran más con este tratamiento son, por orden de importancia, la expectoración (cantidad y fetidez), la tos, las hemoptisis, la fiebre, los sudores nocturnos, la diarrea, la debilidad general.

La gayacolización intensa está indicada en todas las formas de tuberculosis pulmonar, en la bronquitis crónica con expectoración abundante, en la gangrena pulmonar y en la tuberculosis intestinal.

Estudio clínico de la acción del calaya.—El Dr. A. Massy: El calaya es el extracto de un rizoma designado con el nombre de *Anneslea febrifuga* que los indígenas del Africa ecuatorial emplean en cocimiento contra las fiebres.

Las investigaciones experimentales hechas por el Dr. A. Chassevant, demuestran que el calaya no es nocivo á la dosis de 5 gramos por kilogramo de peso del animal. A esta dosis produce un descenso de la temperatura

que puede ser de grado y medio sin que se alteren la circulación ó la respiración; la emisión de orina aumenta.

Estos efectos fisiológicos concuerdan con los resultados terapéuticos obtenidos por la administración del calaya en las fiebres.

La acción antitérmica del calaya no puede explicarse de un modo científico.

La clínica permite sacar las conclusiones siguientes:

1.ª El calaya puede considerarse, en la actualidad, como uno de los mejores febrífugos;

2.ª La energía antitérmica del calaya es tal, que á la dosis de 10 á 12 gramos en el adulto, es superior á las sales de quinina contra todas las manifestaciones del paludismo, por graves y crónicas que sean; modifica de una manera ventajosa la evolución de la fiebre tifoidea; contiene con rapidez la marcha de la influenza y evita las complicaciones graves de esta enfermedad;

3.ª Obra siempre con rapidez y no es tóxica.

Sección de Obstetricia.

Etiología y naturaleza de las septicemias puerperales. — El Dr. Dolèris (de París): El genio de Pasteur ha demostrado la naturaleza microbiana de las septicemias puerperales.

A él se debe la noción de la existencia de la virulencia y del carácter contagioso de los gérmenes puerperales, que son:

El estreptococo piógeno, el más común de todos;

El estafilococo dorado;

El gonococo;

El colibacilo, etc.

Son anaerobios ó mixtos.

Puede afirmarse en la actualidad que algunos saprofitos anaerobios se desarrollan, y obran como verdaderos patógenos, sobre todo en la retención placentaria.

La asociación de especies diversas concurre, al parecer, con más seguridad á la infección. Esta mata ordinariamente por toxemia. Las lesiones concurren también á la muerte, sobre todo en la peritonitis sobreaguda, por inhibición nerviosa ó por obstrucción intestinal.

El estafiloco dorado puede matar por metastasis viscerales graves en el peritoneo, la pleura, el riñón, etc.

La autogenesis ha recibido recientemente una interpretación, según la cual los gérmenes patógenos preexistentes en las secreciones vagino-uterinas no deben ser consideradas como saprofitos; y como la infección autógena no debe entenderse que depende de los saprofitos, esto equivale á negar su existencia.

La clínica admite la reviviscencia *in situ* de estos gérmenes patógenos preexistentes en el cuello uterino, las trompas y la posibilidad de la generalización de una infección de este género después del parto, sin necesidad de nuevos microbios exteriores del mismo género.

Los Dres. Menge y Krönig (de Leipzig): Entendemos por fiebre puerpe-

ral una enfermedad del post-partum, en la que las bacterias patógenas, procedentes de las heridas puerperales producidas durante el parto, lesionan el organismo.

Es imposible distinguir hoy las bacterias patógenas que obran únicamente por sus propiedades tóxicas y las infecciosas, que tienen la propiedad de penetrar en los tejidos del organismo. No es posible, por lo tanto, distinguir una fiebre puerperal debida exclusivamente á la absorción de las toxinas bactéricas de otra que dependa de la penetración de las bacterias en los tejidos.

Las bacterias patógenas, que pueden hoy considerarse como capaces de producir la fiebre puerperal, son:

1.° El estreptococo piógeno puerperal;
2.° El estafilococo piógeno dorado;
3.° El gonococo de Neisser;
4.° El colibacilo;
5.° El bacilo de la difteria;
6.° El diplococo pneumónico;
7.° Ciertas bacterias que se desarrollan necesariamente sin oxígeno, pero que no son conocidas en todas sus propiedades biológicas.

Pero podemos considerar estas bacterias como patógenas, porque se las encuentra en los tejidos de las heridas puerperales.

La infección puerperal, con estas bacterias, puede ser heterógena ó autógena.

Entendemos por infección puerperal autógena una infección con las bacterias patógenas que han vivido en estado de saprofitos antes del trabajo en los tegumentos de los órganos genitales externos ó en el conducto genital de la mujer, y que durante el parto, é inmediatamente después de él, invaden el organismo por la herida puerperal y le lesionan.

Entendemos por infección puerperal heterógena una infección con bacterias patógenas, que son transportadas por el aire, por los instrumentos ó por las manos sobre la herida puerperal, y de ella lesionan el organismo.

Como las bacterias citadas no viven en estado de saprofitos, en las secreciones vaginales de las mujeres embarazadas una infección autógena por estas bacterias, no pueden tener por origen la secreción vaginal de dichas mujeres.

La infección autógena con las bacterias anaerobias de la fiebre puerperal procedente de la secreción vaginal, es improbable, pero no puede desecharse en absoluto.

Apoyándonos en la clínica, consideramos rara y de pronóstico favorable la infección puerperal autógena por las bacterias patógenas que han vivido como saprofitos en la piel de los órganos genitales externos.

La infección puerperal heterógena tiene una importancia grandísima. Entre los factores de una infección conviene atribuir una gran importancia, no sólo á la virulencia de los gérmenes infecciosos, á la predisposición de la persona infectada, sino también al número de los agentes de la infección.

Desde este punto de vista, el aire, pobre en gérmenes, influye muy poco en la aparición de una infección puerperal heterógena. Cuando los instru-

mentos obstétricos han sido esterilizados, las manos de los que dirigen el parto son portadores esenciales de los agentes infecciosos.

Se tropieza con dificultades insuperables cuando se quiere determinar el grado de virulencia de las bacterias que desempeñan un papel en la fiebre puerperal. Sólo podemos considerar como demostrado por la experiencia que, en general, la virulencia disminuye cuando las bacterias han vivido mucho tiempo en estado saprofítico.

Además de las predisposiciones generales á las infecciones del puerperio existe, al parecer, otra predisposición local en los casos de hemostasia insuficiente de las vías genitales, ó de lesiones extensas de las mismas.

El foco infeccioso primitivo puede estar localizado en las heridas del periné, de la vagina, del cuello, en todo el endometrio y propagarse ó no por continuidad ó por infección metastásica. Esta propagación se observa más á menudo cuando el endometrio y la herida placentaria están infectados; la infección procede menos veces de las heridas infectadas del cuello, y menos todavía de las de la vagina y del periné.

En las propagaciones de los microbios infecciosos por el organismo, las vías sanguínea y linfática se utilizan casi por igual.

El estreptococo piógeno puerperal tiende á propagarse más allá del foco primitivo; pero la mayor parte de estas infecciones, se limitan al endometrio y curan espontáneamente.

Etiología y naturaleza de las infecciones puerperales. — El Dr. F. Corteja-rena: Dejando á un lado las infecciones directas producidas por la presencia de agentes pútridos en el aparato genital, á saber: coágulos, restos placentarios, etc., cuya acción se comprende y no necesita discutirse, me he fijado en otras influencias menos directas, por ejemplo, la atmósfera que rodea á la puérpera, su frío ó impureza; las enfermedades intercurrentes y, con especialidad, las infecciosas; creo que muchas afecciones que he observado han sido causadas por estas influencias, pero á condición de concurrir sobre una modificación de la superficie uterina, herida aún, ó sobre la de los flujos naturales. Sin la existencia de una de las dos condiciones, no hay verdadera infección puerperal.

La frecuencia de la infección no es siempre consecuencia obligada de la acción de una influencia general. En 1867, en el Congreso de París, decía lo siguiente: «La fiebre puerperal es rara en España en estado endémico. No conocemos, por fortuna, las epidemias que han llamado la atención de los sabios de todos los países, y jamás las hemos observado en la Clínica de partos de la Facultad ni en la Maternidad. No hemos tenido que preocuparnos de la diseminación de las puérperas ni de las ventajas de las salas grandes ó pequeñas, ni de todas las demás precauciones recomendadas por los tocólogos y los higienistas para evitar las epidemias de fiebres puerperales».

Han pasado más de treinta años y vuelvo á repetir que no he observado epidemias puerperales graves, no sólo después del empleo de la antisepsia, sino antes de que se generalizara esta práctica. Conozco una Maternidad limpia y bien ordenada; pero respecto al edificio, á sus condiciones higiénicas, á su situación, al aire ambiente, á la luz y á las influencias mefíticas, no pueden ser más detestables, y, sin embargo, jamás se han observado en este establecimiento verdaderas epidemias de fiebres puerperales.

Cuanto á la acción de ciertas enfermedades, he tenido ocasión de observar infecciones grippales intensas en 1890, y no obstante, no ví alteración alguna en el curso natural de las puérperas.

He aquí una influencia infecciosa indudable, pero que carece de las consecuencias de las otras, cuya acción es más segura.

No obstante estas excepciones, no puedo poner en duda la influencia del medio ambiente y reconozco toda su importancia. Por este motivo he sido lógico, procurando para las puérperas como principal medio preservativo ó preventivo una atmósfera que reuna las mejores condiciones posibles de pureza, sin preocuparme jamás de fumigaciones desinfectantes ó de otros medios análogos, cuya insuficiencia y hasta inutilidad ha demostrado el tiempo.

Es indudable que ha podido ponerse en duda si las enfermedades infecciosas son capaces de provocar infecciones puerperales, fundándose en el hecho de que siendo éstas específicas como producidas por un micro-organismo, diferente del de las otras enfermedades, tales como la grippe, la fiebre tifoidea, es preciso que estos microbios se asocien, que el estreptococo pueda germinar en un terreno conveniente; y se comprende que fuera de estas circunstancias, la infección puerperal, producida por enfermedades infecciosas, no sea fatalmente necesaria. No me detendré en discutir las circunstancias mencionadas. Basta atenerse al hecho clínico y obrar en consecuencia.

La influencia general morbosa ó atmosférica, demostrada por la experiencia, no se realiza siempre y creo que se necesita el concurso de la alteración local, la modificación de estructura del aparato genital, ó la del flujo natural del parto. En una palabra, que la superficie interior esté modificada ó que el flujo loquial se halle infectado. No existiendo estas circunstancias, la influencia general será nula.

Esta alteración localizada en el aparato genital, consecutiva, como hemos dicho ya, ó anterior y producida directamente, no es un problema que deben resolver la mayoría de los prácticos. Se ha descubierto el microbio, se ha estudiado su acción, y haciendo de la infección puerperal una enfermedad microbiana, cae de esta suerte en el dominio de todas las de su clase. No me hago tales ilusiones, y diré que si esto fuera cierto y fácil de explicar de una manera satisfactoria, no habría necesidad de discutir las infecciones puerperales. Pero hay en ellas algo obscuro que procuraremos descubrir. En efecto, según lo que he pensado siempre y aun admitiendo la necesidad del micro-organismo productor de la infección puerperal, dudo que deje sentir sus efectos si no encuentra un terreno conveniente, lo que, por fortuna, acontece rara vez; y prueba de ello es que muchas puérperas, abandonadas á sus instintos naturales, sin precaución alguna, no padecen la infección puerperal. Es preciso que el terreno se halle en tales condiciones que sea posible ejercer sobre él su influencia nefasta. Los microbios existen en todas partes, según sabemos, en estado normal de los tejidos y de salud general, y sólo en condiciones determinadas, desconocidas desgraciadamente, pueden ejercer su influencia nociva, ignorada para la mayor parte de los casos.

La inocuidad relativa de los micro-organismos, se explica mejor que en

sitio alguno en el aparato genital. Cuando funciona de un modo normal, el útero se retrae con rapidez, disminuyendo y anulando su cavidad para impedir así la entrada de los gérmenes infecciosos del exterior. En cuanto principia el parto, todas las superficies genitales se cubren de moco, que constituye una especie de barniz protector. Después principia la salida del flujo loquial abundante, que moja y aisla como con grasa toda la superficie de la vagina, y arrastra los productos al exterior.

Nadie ha dudado de la utilidad de este flujo, porque se ha considerado siempre como un fenómeno importante, cuya disminución ó desaparición han sido tanto más graves cuanto mayor ha sido la rapidez con que se han presentado. Lo que quiere decir que antes de hablar de la antisepsia y de la asepsia, nuestros antecesores conocían la influencia del flujo loquial. En época más reciente, se le ha considerado como aséptico capaz de impedir la invasión de los micro-organismos, pero se olvidó su influencia benéfica hasta que los experimentos de los prácticos más modernos han revelado que es un guardián fiel contra las infecciones.

La influencia benéfica del flujo loquial, que representa no sólo la eliminación de lo inútil ó nocivo, sino también la defensa contra todo lo que procede del exterior, es para mí un problema resuelto, por lo que la alteración de este flujo supone la desaparición de su influencia bienhechora. En esto no se separa de la ley general de todas las secreciones naturales que son nocivas en cuanto se alteran.

Fundándome en este principio, adopté hace ya mucho tiempo, la práctica de dejar al descubierto la herida de la incisión perineal de la operación de la talla media, sin evitar el contacto de la orina, que corre libremente sobre la superficie cruenta y no alterada por su retención en estado normal, á causa de las curas que se empleaban entonces.

Me atrevo á afirmar que las prácticas aconsejadas antes como antisépticas para evitar las infecciones puerperales, son por sí mismas causas infecciosas. Cuando se principiaba la práctica de las fumigaciones con el nombre de *spray* durante las grandes operaciones en la cavidad abdominal, hice de ellas una crítica severa, procurando demostrar su mala influencia sobre los tejidos y sobre todos los puntos puestos al descubierto.

Estas ideas fueron combatidas encarnizadamente; se necesitó el talento y la reputación europea del Dr. Lawson Tait, que se opuso á los peligros de las prácticas de Lister, para demoler por completo la gran construcción antiséptica.

En la actualidad, sólo quedan la limpieza, los lavatorios, etc., de que hablaba en 1867, y que había empleado siempre con éxito; prácticas que han sido reglamentadas por médicos eminentes y que constituyen la asepsia moderna. Después de lo cual, puedo decir francamente que la introducción de cánulas en la vagina, y con mucho más motivo en el interior del útero, después del parto en los casos de infección, empleando todo el rigor exigido para una verdadera asepsia, que sólo se obtiene en estos momentos de peligro, representa un triunfo colosal de la tocología moderna y una salvaguardia eficaz de la vida de las puérperas.

Pero no es esto todo. Existen casos en los que el parto ha sido normal, no se ha presentado accidente alguno, hay flujo sanguíneo durante las primeras

horas, que se hace loquial después, y se acumula en los grandes labios y en todas las superficies genitales externas. Si se interviniera rigurosamente en estos casos, nada habría que decir; pero la realidad nos ha demostrado que no viendo peligro alguno por el momento, nada se hace de una manera rigurosa; los líquidos y la cánula para las inyecciones, no están perfectamente esterilizados ni bien limpios, se les introduce sin haber limpiado ni dejado asépticas las superficies externas sucias: esta misma cánula introduce consigo las materias sépticas sembradas, por decirlo así, sobre toda la superficie vaginal y uterina, y produce la infección puerperal. La certidumbre en este hecho es para mí tan clara, que afirmo sin temor á equivocarme que las infecciones han sido más frecuentes en estos últimos tiempos, y temo que algunas hayan sido debidas al mal empleo de las prácticas antisépticas después del parto.

Todas las cosas útiles tienen dos aspectos, uno bueno y otro malo, y cuanto más útiles son, más peligrosas se hacen cuando se emplean de mala manera ó se abusa de ellas. Esto puede decirse en la actualidad de la antisepsia después del parto, como se ha dicho de la hidroterapia, por ejemplo. No hablo de la verdadera antisepsia, porque sería hacer abstracción de la realidad, demostrada por la práctica diaria.

He defendido constantemente mi práctica de los lavatorios externos y la necesidad de la limpieza más perfecta de estas regiones, sin recurrir á los grandes medios antisépticos ni á las inyecciones, en especialidad, intrauterinas.

La observación y la experiencia han venido á explicar esta particularidad, porque se ha demostrado que los microbios más patógenos, los más activos, residen en la parte más inferior del aparato genital; de modo que no hemos hecho más que abrirles el camino al interior, dándoles los medios de desarrollar su funesta influencia.

Creo que conviene indicar esta nueva circunstancia etiológica, que va afortunadamente disminuyendo desde que se han simplificado las prácticas complicadas en boga hace todavía poco tiempo.

Queda aún lo desconocido, lo que no me atrevo á entrever, porque es indudable que muchas veces, no obstante todas las precauciones adoptadas en la aplicación más rigurosa de la antisepsia en un parto completamente normal, sobrevienen accidentes imprevistos y á la vez gravísimos.

Es preciso buscar la explicación de estos fenómenos en la naturaleza del puerperio, en los cambios generales y orgánicos que se producen durante el embarazo y después del parto, ó en cosas que ignoramos aún.

Desde los tiempos más remotos, las afecciones del puerperio, conocidas también con el nombre de fiebres puerperales, se han considerado, según esta denominación, como pertenecientes á la categoría de las enfermedades pútridas, bien se creyera en la existencia de una fiebre especial ó esencial, es decir, dotada de existencia propia sin ser originada por una lesión local de los otros órganos ó aparatos; sea que se la hiciera provenir de la inflamación aguda del útero y del peritoneo, estableciendo así la metro-peritonitis puerperal como el único proceso morboso.

Con estas calificaciones es imposible desconocer la idea que se ha tenido siempre de estas complicaciones puerperales. En época más moderna hemos

cambiado el concepto de la enfermedad y hasta su nombre; pero en el fondo creemos lo mismo, y llamamos infecciones puerperales y complicaciones infecciosas á todos los accidentes patológicos observados durante el puerperio.

Se trata de una verdadera infección en las condiciones en que éstas se han estudiado después de los descubrimientos del celebérrimo Pasteur sobre la fermentación.

Esta infección puerperal se presenta con todos los caracteres comunes á todas las infecciones. Se caracteriza por fiebre, cuya intensidad es proporcionada á la de la infección, aunque siempre exagerada, sobre todo gran hiperemia precedida de grandes escalofríos.

La fiebre es el síntoma predominante, y todo depende de su mayor ó menor intensidad, de su aumento ó de su disminución. El porvenir de la parida y la solución de la enfermedad están subordinados al curso de la fiebre, y á ella nos atenemos para nuestro pronóstico y nuestras decisiones.

Naturalmente, esta fiebre no existe por sí misma; depende de la malignidad de los gérmenes patógenos, y en esta consideración se han fundado los diversos medios curativos de la época moderna. Antes se atacaba la fiebre sin atreverse á obrar directamente sobre el aparato genital después del parto por temor á perjudicar. Llegó un día feliz en que este temor se perdió, se atribuyó el origen de todo á los gérmenes infecciosos desarrollados durante el puerperio, y se les busca en el interior del aparato genital para destruirlos.

La práctica, en efecto, ha sancionado que la fiebre, que subsiste sólo á condición de que existan los gérmenes infecciosos, desaparece cuando se les destruye. Si se recurre á los tratamientos internos, es para modificar los efectos producidos sobre el sistema circulatorio por los agentes infecciosos. Pero no puede desconocerse la influencia correlativa del organismo cuando está afectado de una enfermedad cuya influencia puede recaer sobre el aparato genital, durante el puerperio, en las condiciones indicadas.

Todo lo que acontece durante el puerperio es de naturaleza infecciosa. Los aparatos digestivo, circulatorio, el sistema nervioso, las serosas, con especialidad el peritoneo, toman parte en este verdadero cataclismo, y todo esto explica la diferente manera de presentación de estos estados puerperales, que recibían antes diversas interpretaciones, según los síntomas predominantes, y se hablaba de formas gástricas, inflamatorias, tifoidea, nombres que corresponden á los diversos sistemas y órganos afectados en la economía.

Hoy sólo tenemos que considerar una infección á la que se atribuye todo lo que se observa en las enfermas de esta función fisiológica.

Para terminar.

¿Cuál es la causa de esta infección? ¿Cuáles son los gérmenes que la determinan, su modo de obrar, sus condiciones de desarrollo?

Es un estudio interesantísimo que llama desde hace mucho tiempo la atención de los bacteriólogos, llamados á resolver este gran problema: he estudiado este asunto sólo desde el punto de vista clínico, porque en la clínica he podido estudiar las infecciones puerperales.

Un medio práctico referente á la profilaxis de la fiebre puerperal después del parto.—El Dr. Valenzuela (de Méjico): Creemos que lo que puede llamar-

se deficiencia placentaria es una de las causas más frecuentes de la fiebre puerperal.

La indicación es, por lo tanto, la exploración inmediata después de expulsada la placenta.

En los casos de residuos retenidos, es preciso extraerlos acto continuo con el dedo, maniobra más simple y ventajosa que el raspado ordinario, base del tratamiento de la fiebre puerperal.

La exploración de que hablamos, aunque contraria á la práctica usual, no tiene inconveniente alguno si se adoptan las precauciones antisépticas necesarias.

Tratamiento local de la septicemia puerperal empleado en la Maternidad de Bucarest.— El Dr. P. Draghiesen (de Bucarest): Este tratamiento consiste en taponar la cavidad uterina con gasa iodoformada, mojada en una disolución de ácido fénico al 5 ó 10 por 100, después de limpiar la cavidad uterina con una ducha.

Para obtener buenos resultados es preciso emplear el tratamiento al principio de la infección. Hemos conseguido así disminuir la mortalidad á 0'12 por 100.

El taponamiento que empleamos tiene por objeto no sólo desaguar la cavidad uterina, sino también cauterizar la capa superficial de la mucosa del útero. Como sólo se renueva dos veces en las veinticuatro horas, su acción es continua y más eficaz. Con este tratamiento son raras las complicaciones y la convalecencia es rápida.

Consideraciones sobre la inyección de suero artificial en las infecciones puerperales.— El Dr. Pecker: En la infección puerperal, las inyecciones hipodérmicas de suero artificial no sólo aumentan la resistencia vital del organismo, sino que en virtud de su acción biológica sobre las fibras lisas del útero, despiertan su contractilidad y ayudan á expulsar de su cavidad las substancias sépticas, causa de la infección.

El escobillón, las inyecciones intrauterinas microbicidas, y con mucho más motivo el raspado, contienen la infección; pero estos métodos, además de sus inconvenientes y peligros, son á veces impracticables á causa de las condiciones de la puérpera; las inyecciones hipodérmicas de suero artificial pueden suplirlas á veces con ventaja, y son siempre útiles combinadas con el tratamiento uterino.

En los casos de inercia del útero durante el trabajo, ó de atonía *post partum*, las inyecciones vaginales calientes son secundadas de un modo eficaz por las hipodérmicas de suero artificial.

El aniodol en obstetricia.— El Dr. Sedan (de Marsella): El aniodol, empleado primeramente por el Dr. Queirel, ha sido empleado también por los Dres. Pinard, Benet, Platon, Michel, etc. Los hechos observados permiten sacar las conclusiones siguientes:

1.ª El aniodol posee propiedades bactericidas comprobadas por el laboratorio y por la clínica. El resultado es un efecto antitérmico.

2.ª No ha producido, aun empleado á altas dosis, efectos nocivos algunos sobre el peritoneo, la vejiga, el útero ó la pleura; jamás se ha observado intolerancia. Es bien tolerado por el cirujano y por los enfermos.

3.ª Su falta de olor, de color y de fijeza, unidas á sus propiedades, cons-

tituyen cualidades preciosas, á las que se une la facilidad de manejo, la economía de lienzo y su conservación.

4.ª En la actualidad no hay un medio de dejar asépticas las manos de los operadores que sea tan práctico, tan cómodo y tan conservador de la epidermis como el aniodol.

Asma y puerperio.—El Dr. Audebert: El asma ordinario, igual que el de heno, se manifiesta por primera vez en el puerperio. En ciertos casos aparecen exclusivamente durante la gestación y aun durante varias gestaciones sucesivas. Es entonces un signo verdadero del embarazo.

Si la enfermedad es anterior á la gestación, sus manifestaciones adquieren entonces mucha más intensidad.

En el momento del parto, los accesos son más fuertes y peligrosos.

Otras veces, por el contrario, faltan en absoluto.

El pronóstico es grave: *a*) para la madre, que puede sucumbir (1 caso de 7); *b*) para el feto, que padece más ó menos. Los movimientos activos se hacen más lentos ó se paralizan.

La disnea, aunque intensa, jamás produce la menor contracción uterina. Al contrario, el trabajo agrava bastante los accidentes de sofocación.

La morfina y la revulsión local, en los casos de asma esencial, la quinina en el asma de heno, producen una sedación notable.

La provocación del parto está indicada, sobre todo en interés del feto, si las crisis son graves y repetidas. Se elegirá para intervenir un período de calma. El trabajo se acelerará por la dilatación manual, y se extraerá el feto en cuanto sea posible por la versión ó el forceps.

Tratamiento de la muerte aparente del recién nacido. — El Dr. Ribemont-Dessaignes (de París): Durante el trabajo, el niño puede padecer, por causas que no vamos á examinar, y al nacer presenta el aspecto siguiente que caracteriza la muerte aparente: nada de llanto, miembros flácidos, resolución muscular completa, pero persistencia de los latidos cardíacos, aunque á veces muy débiles y á largos intervalos. Unas veces, la superficie cutánea está azulada, violácea, casi negruzca, la cara hinchada, los ojos saltones y las conjuntivas congestionadas; es la *asfixia* azul. Otras, por el contrario, la piel está blanca, pálida, descolorida, las mucosas son blanquecinas y los latidos del corazón casi imperceptibles; es lo que se ha llamado, sin razón, asfixia blanca, es el estado sincopal.

Finalmente, en ciertos casos se observan las formas mixtas, los caracteres no están bien marcados para poder diagnosticar la asfixia ó el estado sincopal.

Fundándonos en estos datos clínicos, indicaremos la conducta que debe seguirse en cada caso.

En la práctica, la forma asfíxica es la más frecuente después de la obstrucción de las vías respiratorias por mucosidades ó líquido amniótico mezclado con meconio, y es necesario: 1.°, desobstruir dichas vías; 2.°, facilitar la entrada del aire en los pulmones para restablecer ó regularizar las funciones cardíacas y pulmonares.

Muchas veces las mucosidades no penetran más allá de las fauces y basta extraerlas con el dedo envuelto en una compresa, para provocar la primera inspiración.

Las fricciones cutáneas simples, ó con alcohol, éter, coñac, agua de colonia, los baños calientes ó sinapizados, ó alternativamente calientes y fríos, producen una revulsión cutánea, que es á menudo origen de un reflejo que termina por movimientos réspiratorios.

La excitación de las mucosas pituitaria, bucal y faríngea, se funda en el mismo principio; el método de las tracciones rítmicas de la lengua que dió á conocer Laborde, en 1892, tiene por objeto despertar el reflejo respiratorio.

Muchas veces los procedimientos citados son insuficientes, y es preciso recurrir á la respiración artificial. Los medios que tienen por objeto la penetración de aire en el árbol respiratorio, son numerosos: insuflación de boca á boca, procedimiento de Sylvester, de Schultze, de Rivière.

Estos medios sólo llenan una de las indicaciones necesarias. Fundándonos en ellas, hemos considerado la insuflación como el método electivo. El estudio detenido de este asunto nos ha permitido sacar las conclusiones siguientes, que nos han guiado en la construcción del instrumento que lleva nuestro nombre:

1.° La insuflación debe ser instrumental;

2.° El aparato empleado debe permitir aspirar las mucosas;

3.° Sólo se introducirá en los pulmones una cantidad de aire en relación con su capacidad.

La insuflación instrumental data del siglo pasado, pero Chaunier fué el primero que hizo construir un tubo que penetraba directamente en la laringe. Este instrumento fué modificado después por Depaul, y luego por Pinard. Pero dicho tubo tenía muchos inconvenientes: era difícil de introducir en la laringe, cambiaba de sitio con facilidad, no se oponía al reflujo del aire y era imposible conocer si había salido de la laringe y penetrado en el esófago.

Para subsanar estos inconvenientes, creímos que el tubo debía construirse sobre bases anatómicas exactas, y estudiamos cuidadosamente en cortes de recién nacidos congelados, la curva buco-laríngea, y el calibre y la forma interior de la laringe. Los resultados obtenidos nos permitieron construir un tubo compuesto de dos partes. La primera está formada de una porción cónica que sirve de embocadura, y á la que puede unirse una pera de caucho de 28 cént. cúb. de capacidad, y cuyo fondo está perforado por un agujero. Se continúa por la base con otra porción también cónica; en el punto de reunión existe una corona doble de perlas, cuyas asperezas constituyen una presa sólida que impide al instrumento deslizarse de entre los dedos.

La parte buco-laríngea está formada por una porción bucal cilíndrica, tiene una corvadura doble modelada sobre la saliente del reborde alveolar y sobre la concavidad de la bóveda palatina. La porción laríngea tiene la forma de un cono muy corto, aplanado á los lados y separado de un botón terminal, por una estrangulación circular, en cuyo contorno, y mirando á la concavidad de la corvadura, se halla situado el orificio de salida del aire.

El insuflador construído con arreglo á nuestro modelo, de 1897, reune las ventajas siguientes:

1.° Su introducción es fácil, gracias á su curva y á la disposición de su extremidad terminal;

2.ª Su curva asegura la permanencia en las vías respiratorias;

3.ª Se opone al reflujo del aire fuera de la laringe;

4.ª Permite aspirar con facilidad los líquidos, las mucosidades que obstruyen los tubos bronquiales;

5.ª Es fácil conocer si está colocado en la laringe, ó si ha penetrado por error en la faringe ó el esófago;

6.ª La pera de caucho, sólo envía á los pulmones la cantidad de aire suficiente para distenderlos en razón directa de su capacidad, lo que evita la rotura de las vesículas pulmonares tan frágiles al nacimiento.

El Dr. J. B. Schultze (de Jena): La asfixia de los recién nacidos, en el momento del nacimiento, es resultado de un obstáculo para la circulación placentaria en el curso del parto.

P. Cazaux, fué el primero que sostuvo esta opinión en contra de las ideas que habían prevalecido hasta entonces. «La asfixia de los recién nacidos, decía en 1850, es siempre resultado de la suspensión de la circulación placentaria».

Esta asfixia es, por lo tanto, una especie de ahogo, ahogo cuya acción puede interrumpirse y no ocasionar necesariamente la muerte.

El tratamiento consiste en poner en movimiento, lo antes posible, la respiración pulmonar. Insisto sobre las palabras «lo antes posible». En 1812, había observado ya Lagallois, que cuanto más joven es un organismo, mejor puede — sin morir — pasarse sin respirar. En muchos niños, nacidos en estado de muerte aparente, el poder respiratorio subsiste, en tanto que la circulación persiste, y la sangre se empobrece cada vez más de oxígeno.

El estado venoso de la sangre — estimulante normal de la respiración — es, en el niño nacido en estado de asfixia, muy superior al ordinario; no provoca el reflejo medular.

La médula puede reaccionar bajo la influencia de otras irritaciones. Uno de los mayores estimulantes es, por ejemplo, el efecto del frío sobre la piel; una inmersión pasajera hasta el cuello, en agua fría, produce un resultado más feliz, porque es más rápido que las tracciones rítmicas de la lengua.

Cuando la asfixia está más avanzada, la médula del niño no reacciona. Es necesario restablecer la excitabilidad medular. Sólo se consigue este resultado, haciendo que afluya á la médula sangre oxigenada, y esto unicamente se obtiene por la circulación.

Por la insuflación de aire se ha conseguido salvar muchos niños nacidos en estado de asfixia. Pero este procedimiento no activa la circulación de la sangre.

Los métodos mejores son los que obran directamente sobre la pared torácica provocando, en el interior del tórax, variaciones notables y regulares de la presión atmosférica.

El método de Marshall-Hall es poco eficaz en el recién nacido, cuyo tórax posee su equilibrio en la posición de espiración. El procedimiento de Sylvester, es eficacísimo. Con mi procedimiento de balanceo, se obtienen grandes variaciones de la presión atmosférica en el interior del tórax. Se consigue así restablecer la diferencia de tensión sobre la columna de sangre arterial y venosa y se pone en movimiento la sangre contenida en los capilares.

He aquí, en pocas palabras, el tratamiento que empleo en la asfixia de los recién nacidos:

1.° Si al nacer la criatura tiene un color rojo azulado, si existe todavía cierta tensión de los músculos, dejadle en comunicación con el cordón umbilical mientras notéis latidos. Extraed de su boca las mucosidades que haya podido aspirar y excitad sus reflejos cutáneos. Si no reacciona inmediatamente, cortad el cordón umblical, sumergidle con rapidez y por poco tiempo en agua muy fría y después en un baño caliente. Repetid estas inmersiones hasta que la criatura llore.

2.° Si el niño tiene el color pálido y la flacidez del cadáver inmediatamente después de la muerte, no penséis obtener nada sin la irritación de los reflejos porque perderéis el tiempo. Cortad el cordón umblical, extraed toda la mucosidad que pueda haber en la boca ó en la faringe, comprimid la base de la lengua para que se eleve la epiglotis, después recurrid á la respiración artificial por el método de Sylvester ó por el mío de balanceo. Comenzad por una espiración prolongada. Es el mejor medio de expulsar de los bronquios las mucosidades que pueden haber sido aspiradas. Después, cambiad el niño de la posición de espiración á la de inspiración ocho ó diez veces por minuto, sumergidle en un baño caliente y esperad: veréis que los latidos del corazón se hacen más fuertes y frecuentes, que la piel enrojece, que la tensión de los músculos reaparece. Si pasa algún tiempo sin obtener resultado, empezad de nuevo á balancear al niño después del baño. Si la respiración es superficial, sumergid la criatura en un baño de agua helada. De este modo reacciona al momento, dobla con fuerza los muslos y llora: la médula responde á la excitación de los reflejos.

No consideréis á una criatura que nace en estado de muerte, como reanimado por completo, hasta que llore seguidamente y con fuerza.

El régimen considerado desde el punto de vista preventivo contra cierto número de accidentes gravídicos.—El Dr. Hagapoff (de Constantinopla): Acostumbramos á someter á las mujeres desde el principio del embarazo á un régimen que llamamos mixto alterno. Consiste en tomar un día leche bajo cualquier forma y al día siguiente los alimentos habituales, menos las carnes negras y los embutidos. A causa de este régimen mixto las substancias tóxicas acumuladas en la sangre la víspera, por el régimen ordinario, tienen tiempo de eliminarse á medida que se forman gracias á la leche tomada al día siguiente, y se conjuran así los accidentes.

Entre los accidentes debidos á la intoxicación, deben incluirse hoy no sólo la albuminuria, la eclampsia y los vómitos incoercibles, sino también las dermopatías y diversos trastornos psíquicos.

Consideramos, desde hace mucho tiempo, la gingivitis, las caries de los dientes y las neuralgias dentarias, como resultado de la irritación consecutiva á la eliminación de las toxinas por las glándulas salivares. Las investigaciones de Choquet confirman esta creencia.

Nuevo separador-dilatador uterino.—El Dr. Rainieri (de Vercelli): El instrumento que presento está formado de cinco ramas articuladas que terminan en una especie de anillo de 3 centímetros de largo, es decir, en la longitud aproximada del cuello. La forma del conjunto de estas ramas es la de un vástago encorvado, según el eje de la pelvis. Un tornillo graduado, per-

mite conocer la dilatación obtenida; puede elevarse rápidamente á 9 ó 10 centímetros.

El instrumento, que pesa 400 gramos, puede emplearse para dilatar el cuello en cualquier época del embarazo, para activar el trabajo, para practicar el parto forzado, etc.

Forceps de ramas paralelas.—El Dr. Perret: Considero la cabeza fetal no como un ovoide perfecto sinó como un huevo que se presenta por su extremidad más gruesa cuando se trata de un vértice: el espacio comprendido entre las cucharas del forceps que presento, tienen esta forma.

Las cucharas son anchas, elásticas, para no producir lesión alguna sobre la cabeza fetal.

La curva, siguiendo el eje de este forceps, es la del eje de la pelvis, tanto que, cuando se le aplica al estrecho superior, sus ramas no se apoyan sobre la horquilla.

La distancia que separa el borde anterior de las cucharas, es idéntica á la del borde posterior, de modo que la cabeza se coge lo mismo en las presentaciones anteriores que en las posteriores.

La rama derecha tiene dos tornillos divididos en milímetros y que permiten no sólo asegurar el paralelismo perfecto de las cucharas, sino conocer el volumen de la cabeza cogida.

Sección de Ginecología.

Tratamiento del cáncer del útero.—El Dr. G. Richelot (de París): El cáncer uterino atraviesa dos períodos; queda encerrado en el útero antes de invadir las regiones inmediatas, y la duración de estos dos períodos depende de la influencia del temperamento morboso.

Es preciso intervenir durante el primer período antes de que la menor célula cancerosa se haya propagado fuera del útero. Podemos hacerlo operando muy cerca del principio, ó algo más tarde, si se trata de un cáncer de marcha lenta. No dejando rastro de tejido morboso, no es de temer la recidiva por simple continuación.

Tal es el verdadero tratamiento del cáncer uterino. Pero sería un error negar las ventajas debidas á los perfeccionamientos de la técnica de la histerectomía abdominal. Creo, no obstante, que aunque no es soberana, permite avanzar algo más en la investigación de los casos felices.

La histerectomía vaginal produce curaciones que parecen definitivas cuando se practica en el tiempo oportuno, para prevenir la invasión. La histerectomía abdominal es un recurso en algunos casos, pero aplicada á los cánceres invasores, es una imprudencia y á los cánceres limitados una ilusión. Esto indica cuánto me separo de los que ven en la primera una operación siempre incompleta, paliativa por fuerza, y en la segunda una operación lógica y racional. Me inclino á invertir la proposición y á decir: la operación verdaderamente curativa es la que precede á la infiltración cancerosa; la que pretende perseguirla es paliativa.

El Dr. D. de Ott (de San Petersburgo): El tratamiento quirúrgico es hoy el único medio para luchar con éxito contra el cáncer del útero. En toda una serie de casos es posible obtener así la curación completa; los resultados de la cura radical mejoran por el diagnóstico precoz.

La extirpación total del útero debe practicarse en todos los casos de lesión cancerosa del órgano, porque este procedimiento garantiza mejor contra la recidiva.

La ablación de los ovarios, y en general de los anejos, sólo debe practicarse cuando hay indicaciones especiales.

La curación radical se obtiene siguiendo los principios indicados. La enucleación de los ganglios retro-peritoneales, recomendada en estos últimos años, no puede practicarse más que por la vía abdominal; no debe admitirse como regla porque no está justificada, ni por la teoría ni por la práctica; es muy peligrosa y carece de indicaciones claras.

La extirpación total del útero por la vía vaginal, merece la preferencia sobre todos los demás métodos. El perfeccionamiento de la técnica operatoria permite salvar todos los obstáculos que hasta hace poco tiempo obligaban á recurrir á la laparotomía, exponiendo á las enfermas á todos los peligros de esta última.

La fragmentación en los casos de volumen considerable del órgano, de complicación con tumores fibrosos, frecuentes en el cáncer uterino, debe considerarse como una conquista de gran valor en la cirugía ginecológica.

En los casos de embarazo complicado con cáncer del útero, la extirpación está también indicada; es preferible á la vía vaginal este medio de operar; puede utilizarse hasta el séptimo mes del embarazo, y es poco difícil á causa de la posibilidad de disminuir el volumen del órgano por extracción del huevo, después de la abertura de los fondos de saco y de la sutura de los vasos uterinos. Si el embarazo está más avanzado, la viabilidad hace que la laparotomía sea la mejor operación.

Es preferible no cerrar la herida que conduce á la cavidad abdominal después de la extirpación total del útero, y limitarse al taponamiento ligero con gasa iodoformada.

Conservándose los ovarios, la vida sexual no se modifica.

Los resultados lejanos del tratamiento quirúrgico del cáncer de la parte superior del útero (cáncer del cuerpo), son infinitamente menos favorables que los de la parte inferior (cáncer del cuello uterino).

La extirpación total del útero debe ser practicada aun en los casos avanzadísimos, porque por esta operación puede aliviarse más á las enfermas y retrasarse la terminación fatal; en ciertos casos, á causa de la poca exactitud de los límites de neoplasma, se consigue obtener la curación radical.

La mortalidad de la extirpación vaginal del útero, puede fácilmente reducirse al mínimum; jamás excede del 2 por 100.

La curación radical (más de seis años) en la serie de las enfermas que he operado, se consiguió en el 10 por 100 de los casos. Extirpé siempre los cánceres aun relativamente muy avanzados.

El Dr. Cullen (de Baltimore): Durante la operación es frecuente el ingerto canceroso de los tejidos sanos. Este peligro se reduce al mínimum con la operación practicada por Werder (de Pittsburgh). Los diversos tiempos de la operación, cuando el cáncer está limitado al cuello, son los siguientes:

1.° Ablación de las masas carcinomatosas salientes, de preferencia algunos días antes de la operación.

2.° Introducción de candelillas en los uréteres, si se desea.

3.° Ligadura de los vasos ováricos y de los ligamentos redondos.

4.° Separación de la vejiga del útero y los ligamentos anchos.

5.° Abertura de los ligamentos anchos y disección de los uréteres en los puntos de penetración en la vejiga.

6.° Ligadura de los vasos uterinos cerca de su origen.

7.° Liberación de la vejiga de la bóveda vaginal.

8.° Separación del recto y de la vagina.

9.° Ablación de los ganglios linfáticos pelvianos.

10. Disección de los fondos de saco vaginales.

11. Oclusión de la cavidad pelviana por sutura del peritoneo vesical con el del recto; un ayudante tira en tanto con fuerza del cuello hacia abajo.

12. Oclusión del abdomen.

13. Sección de la bóveda de la vagina con el bisturí ó el termo-cauterio, para aislar por completo el útero y su mucosa vaginal inmediata.

14. Aplicación de un taponcito de gasa en la parte resecada de la bóveda vaginal.

Como se ve, en este procedimiento el útero queda completamente libre alrededor, la vagina se separa de la vejiga y del recto, las cavidades pelviana y abdominal se cierran antes que el operador halla tocado el cuello canceroso. Hay, por lo tanto, casi seguridad de no inocular el cáncer. Aconsejo este procedimiento cuando las enfermas no están muy debilitadas; en el caso contrario, es preciso contentarse con una operación exclusivamente vaginal.

En el adeno-carcinoma del cuerpo del útero, puede hacerse la misma operación, pero es inútil resecar la bóveda de la vagina.

Valor de la ligadura preventiva de las arterias hipogástricas en la histerectomía abdominal total por cáncer del útero.—El Dr. H. Delagénière (de Mans): Los efectos de la ligadura preventiva de las arterias ilíacas internas, combinada con las de las utero-ováricas, no son siempre idénticos. Hemos obtenido una vez la hemostasia completa; dos veces relativa, eficaz principalmente sobre la circulación del fondo de la pelvis, y otra vez ningún efecto hemostásico apreciable.

Esta ligadura si es eficaz, simplifica de un modo extraordinario la operación y hasta permite hacerla, por decirlo así, en blanco; en el caso contrario, exige la hemostasia detallada como de ordinario.

Esta ligadura debe intentarse en todos los casos de neoplasmas del útero generalizados á la pelvis; la tentativa es utilísima, y si fracasa no perjudica.

Para practicar esta ligadura preventiva, estando la enferma en posición declive y el vientre abierto, la serosa se eleva con una pinza de dientes por encima de la bifurcación de la ilíaca primitiva, y después se incinde de un tijeretazo, se introduce entonces debajo de la arteria un cordonete, utilizando la aguja de Deschamps, y se le anuda con fuerza, el ojal seroso se cierra con un punto. Se repite la operación en el lado opuesto.

Tendones de reno como material de sutura en cirugía. — El Dr. V. Sneguireff (de Moscou): Los hilos preparados del ligamento amarillo del reno están constituídos principalmente por tejido conjuntivo. Son elásticos, me-

nos capilares que el catgut, pero más que la seda. Secos y preparados son cómodos para las suturas quirúrgicas. Son sólidos, se absorben por completo y no producen supuración. Pueden emplearse como materiales de sutura en las operaciones más variadas y en toda clase de tejidos. Su ventaja esencial es no provocar infiltraciones prolongadas (después de las laparotomías) y la formación de fístulas. Se tiene la seguridad de que los renos de donde proceden los tendones están sanos, porque se acostumbra á matarlos y á quemarlos en cuanto enferman de gravedad.

Decúbito ventral permanente en el tratamiento de la fístula vésico-vaginal.— El Dr. J. Vitrac (de Burdeos): He averiguado experimentalmente la influencia de las diversas posiciones del cuerpo sobre el derrame de orina á través del orificio de la vejiga fistulosa.

En los casos más frecuentes (fístula de la zona vaginal de la vejiga), el decúbito dorsal contiene muy poco ó nada la salida de la orina; el decúbito lateral permite una continencia mayor; el ventral es la posición más favorable.

Teóricamente no es lógico emplear el decúbito dorsal, el ventral está, por el contrario, indicado siempre.

Prácticamente he obtenido una curación notable con el decúbito ventral.

El decúbito lateral es teóricamente menos útil; prácticamente es de empleo más sencillo que el ventral. Es con seguridad preferible al dorsal.

La suspensión de la pared vaginal de la vejiga de la rectal de la vagina puede combinarse con utilidad en el decúbito ventral como medio de sustraer la fístula abierta ó suturada del contacto y de la presión de la orina.

Sobre una nueva posición ginecológica. — El Dr. F. Jayle (de París): La posición dorso-sacra declive, conocida con el nombre de posición de Trendelenburg, porque este cirujano demostró con toda claridad sus ventajas, fué utilizada ya ppr Sculteto en 1645. La posición que recomiendo se habrá utilizado quizá, pero lo ignoro.

Consiste en la combinación de la posición ordinaria del espéculum ó de la talla y de la posición dorso-sacra declive. Para ello basta tener una mesa de báscula provista de un sistema de respaldos que permite mantener á la enferma en posición declive sin tocar á los miembros que quedan libres.

Puede recurrirse á esta posición para los reconocimientos ó las operaciones. La posición declive tiene la ventaja de rechazar el paquete intestinal hacia el diafragma y de atraer hacia la vagina, que se hace casi vertical, el aire que la dilata y pone tensa su pared anterior. De este modo se facilita la exploración de los anejos y, sobre todo del útero, la introducción del especulum y el examen de las paredes vaginales. Basta deprimir el periné con el dedo ó con una valva para ver la pared anterior y el cuello. Elevando ésta se ve perfectamente el cuello y el fondo de saco posterior.

Desde el punto de vista operatorio se utiliza exclusivamente la posición declive combinada con la de la talla. Es preciso poner á la enferma en posición semi-declive. De este modo se facilitan la mayor parte de las intervenciones vaginales. La pared anterior se pone tensa y con una valva de peso se deprime el periné, lo que economiza un ayudente.

Practico en esta posición todas las operaciones sobre la vagina, en particular las de las fístulas vésico-vaginales.

Malignidad de la mola hidatiforme.—El Dr. La Torre (de Roma): Hay una especie de mola maligna y otra benigna.

La muerte puede ser debida á la hemorragia ó al desgaste de la pared uterina y á la rotura de uno de los senos en el momento de extraerse ó de expulsarse la mola. Según Hirtzmann, la mortalidad en el embarazo molar es de 13 por 100.

La mortalidad de la mola es no sólo inmediata sino lejana, porque puede degenerar en deciduoma maligno, afección gravísima.

La mola benigna es, dicen los autores, la que puede vivir cierto tiempo en el organismo materno en estado de parásito, y ser expulsada sin dejar los elementos epitélicos que forman parte integrante de su malignidad, ó cuando no se observa en el sitio de revestimiento epitélico vellosidades de proliferación atípica del syncytium, y el estroma de las vellosidades no es invadido por granulaciones de éste. En el caso contrario es maligna.

¿Cuál es la causa de que unas veces proliferen y otras no las capas de revestimiento de la mola? ¿Depende de la naturaleza de la irritación?

El número de molas benignas es mayor de lo que se supone. Su pronóstico es grave, no obstante, y conviene vigilar á las enfermas y extirpar el útero en cuanto se manifiestan signos de deciduoma maligno.

La electrolisis en el tratamiento de los fibromiomas.— El Dr. La Torre (de Roma): La miomectomía ocupa el primer lugar en estos casos, pero es una operación grave, mientras que la electricidad es inofensiva.

La corriente continua es hoy un método científico.

La electricidad intrauterina, polo positivo, mata los gérmenes infecciosos y excita las propiedades fagocitarias de los elementos anatómicos, de modo que la inflamación uterina causada por ellos es combatida por la electricidad.

El método de Apostoli constituye un remedio adecuado para combatir el fibromioma del útero en su etiología, su constitución y sus síntomas. Los resultados clínicos prueban estas afirmaciones.

Mis observaciones prueban lo siguiente:

La hemorragia se contiene en el 80 á 90 por 100 de los casos, los dolores se calman en el 70 por 100, la suspensión de desarrollo sólo en el 15 por 100; la recidiva es la excepción cuando se emplea bien el tratamiento.

Pero la electricidad no está indicada siempre; en algunos casos la corriente continua es inútil y hasta perjudicial.

Resultados de la intervencion quirúrgica en los fibromiomas retro-perineales del útero é importancia del método vaginal y de la miomectomía conservadora.— El Dr. D. de Ott (de San Petersburgo): Existe un grupo de tumores fibrosos que se considera hoy todavía como inoperable, ó á lo sumo se emplea contra ellos un tratamiento quirúrgico indirecto, por un procedimiento tan poco justificado como la castración. Son los tumores retro-peritoneales, es decir los cuerpos fibrosos que se desarrollan completamente ó en su mayor parte debajo del peritoneo en el tejido celular que rodea la matriz, y participa de la textura de los ligamentos sacro-uterinos.

Los fibromiomas retro cervicales, á causa de su localización extra-peritoneal, elevan el peritoneo y deprimen el fondo de saco de Douglas, cambiando completamente la topografía de esta parte de la pelvis menor y

originando trastornos graves, sobre todo por la compresión de la vejiga y del recto.

El tratamiento paliativo es poco satisfactorio; el curativo es el único medio de salvar á las enfermas.

He operado 52 tumores de este género. A causa de su desarrollo extraperitoneal principio abriendo el abdomen por una incisión en la parte posterior del peritoneo parietal y aislo luego el tumor de su lecho celular. Después de hecha la hemostasia tapono la cavidad que queda con gasa esterilizada, cuyo extremo llevo á la vagina á través del fondo de saco ó por la herida que resulta de la ablación del útero, si ésta es necesaria. Reuno acto continuo, por una serie de suturas las hojas del peritoneo, y la bolsa celular, taponada de gasa, queda completamente aislada de la cavidad del abdomen. El taponamiento citado con la gasa iodofórmica es útil como hemostático y para el desagüe capilar, que impide la estancación de las secreciones. Finalmente, cierro por completo las paredes abdominales é introduzco en la vagina un tapón de gasa que renuevo cuando es necesario.

De las 52 enfermas sólo he perdido 2, aunque algunas estaban extenuadas y habían sido operadas ya de laparotomía y se las habían hecho inyecciones de ergotina, complicaciones que no pueden cooperar al éxito operatorio.

Voy á ocuparme de un método operatorio que permite obtener los mismos resultados que con la laparotomía y que es menos peligroso. Los principios que deben seguirse son los de la operación descrita: aislamiento, en lo posible, de la cavidad que resulta de la ablación del neoplasma y derrame libre de las secreciones. Este método, que es el vaginal, tiene entre otras ventajas la de poder aplicar perfectamente los principios de la cirugía conservadora. Se aplica principalmente á los tumores retro-peritoneales. El operador hace una incisión en el seno de Douglas para llegar al tumor, lo desprende con el dedo, y tapona acto continuo la bolsa celular. Si el tumor es muy voluminoso lo fragmenta con el dedo y lo extirpa así poco á poco. Si está muy adherido al útero y hay hemorragia, se atrae el útero á la incisión para hacer las suturas hemostáticas. El método en nada varía si es preciso durante la operación abrir el peritoneo.

La miomectomía conservadora vaginal puede aplicarse con éxito en los casos de fibromas submucosos que no son accesibles por las vías naturales. Después de hacer una incisión en el fondo de saco se practica la hemisección de la pared anterior ó posterior del útero, se extirpa el tumor y el órgano se reune con suturas y se deja en su sitio.

De 189 tumores fibrosos de este género operados por la laparotomía perdí 20 enfermas, es decir, el 10'6 por 100; de 193 operadas por el método vaginal sólo perdí 6, ó sea el 3'1 por 100.

Ligaduras atrofiantes. — El Dr. Delagenière (de Mans): He tratado 6 casos de fibromas del útero por la ligadura de las arterias uterinas por la vagina. Las operadas se encuentran en buen estado. Sólo recurro á este medio en los fibromas pequeños, cuando el útero es depresible y el tumor no sigue una marcha rápida. La empleo también en los pólipos de evolución vaginal como operación complementaria, después de extirpado el pólipo, para contener el desarrollo de los núcleos fibrosos que hayan quedado en el útero.

Sujeción de las arterias uterinas con pinzas en los fibromas. — El Dr. Goulliod (de Lion): Hemos empleado este medio en mujeres de cuarenta y cinco á cincuenta años, con fibromas de desarrollo pelviano complicados con hemorragias. Hemos observado siempre suspensión completa de las hemorragias y regresión del tumor.

El procedimiento operatorio representa casi el primer tiempo de la histerectomía vaginal; la misma incisión circular con prolongación á los fondos de saco laterales; el dedo separa la vejiga por delante, el recto y el peritoneo por detrás y á los lados del útero para aislar por completo la vaina hipogástrica. Separada ésta se coge la hoja vascular con los dientes de una pinza de lengüeta recta, de 5 centímetros de longitud, que se introduce 5 á 6 centímetros para llegar más allá de la arteria uterina. Las pinzas quedan aplicadas veinticuatro ó cuarenta y ocho horas.

No creemos que este procedimiento sea superior á la ligadura y á la castración; pero es fácil y eficaz. Es un recurso útil en las metritis hemorrágicas rebeldes al raspado. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MOSCOU

Sesión del día 9 *de Mayo de* 1900.

Intubación y traqueotomía en la difteria laríngea. — El Dr. Potyejin dice que en el Hospital de Niños de San Vladimiro empezaron á emplear la intubación en 1898, practicándola en 6 casos; en 1899 esta operación se hizo en 67 niños, de los cuales murieron 17 = 27 por 100, siendo la causa de la muerte en 5 casos una afección pulmonar y en los restantes, parálisis cardíaca, consecuencia de la infección diftérica. Solamente en 9 casos hubo afección primitiva de la laringe; en 3 casos no se encontraron los bacilos de Löffler, ni siquiera mediante los cultivos; en la mayór parte de los casos se hallaron mezclados con otros microbios, rara vez con estreptococos. En uno de los niños la intubación se hizo el primer día de la enfermedad, en 17 el segundo, en 19 el tercero, en 18 el cuarto, en 3 el quinto, en 2 el sexto y el séptimo y en 1 el undécimo; durante las primeras horas de ingresar en el Hospital, la intubación se practicó en 20 niños, en el espacio de una á tres horas en 60; sólo en 8 se hizo al cabo de más de veinticuatro horas. En 14 casos la intubación se repitió una vez, en 2 casos dos veces y en otros 2 tres veces. En los curados, la cánula permaneció puesta menos de doce horas en 4 niños, veinticuatro horas en 3, de veinticuatro á cuarenta y ocho en 9, de cuarenta y ocho á setenta y dos en 18, de setenta y dos á noventa y seis en 6, de noventa y seis á ciento veinte en 3, de ciento veinte á ciento cuarenta y cuatro en 1, de ciento sesenta y ocho á ciento noventa y dos en 1 y doscientas ocho horas en otro de los niños. La complicación más frecuente era una afección de las vías respiratorias, siendo pulmonar en 36 niños, de los cuales 19 la tenían ya al ingresar en el Hospital. La intubación misma no influía por nada en la frecuencia de la complicación pulmonar. También se

observó bastantes veces pérdida temporal de la voz. En dos autopsias encontráronse pequeñas ulceraciones superficiales de la tráquea. Los convalecientes permanecieron en el Hospital de diez á sesenta días, por término medio diecinueve. Los niños de menos de dos años llegan á tragar líquidos con la cánula puesta tan fácilmente como los sólidos, y por esto no exigen ningún cuidado especial; en cambio, á los mayores hay que sacar la cánula ó introducirles el líquido por la vía rectal. La traqueotomía la hizo Potyejin durante el año de 1899 en 38 niños, falleciendo 23; descontando los 6 que murieron en las primeras veinticuatro horas, queda para los restantes una mortalidad de 59'4 por 100. En el mismo Hospital se habían hecho 81 traqueotomías en 1895, con 44 por 100 de mortalidad; 83 en 1896, con 59 por 100; 182 en 1897, con 48'8 por 100, y 93 en 1898, con 52 por 100, demostrando estas cifras que la intubación da mejores resultados que la traqueotomía. Por lo demás, la intubación no es una operación fácil, y hay que tenerlo todo preparado para la traqueotomía, que puede resultar necesaria por varias complicaciones. Un empeoramiento de la sofocación se notó en 2 casos durante la intubación, pasando pronto; en un caso no se obtuvo ningún alivio y hubo de hacerse en seguida la traqueotomía. En 2 casos sobrevino la muerte durante la intubación, por parálisis cardíaca. La complicación más frecuente fué la obstrucción de la cánula, observada en 7 casos. En 4 casos sobrevino una sofocación secundaria al cabo de una á dos semanas después de la aplicación de la cánula, obligando en un caso á practicar la traqueotomía y á repetir la intubación en los restantes; podía tratarse de una recidiva, de un edema agudo de la laringe ó de un espasmo glótico.

El profesor Filatof opina que los datos de los últimos años no autorizan á dar la preferencia á la intubación; las cifras de los años en que se practicaron ambas operaciones no son homogéneas con las en que se recurría solamente á la traqueotomía.

El Dr. Polievktof dice que considera la intubación como una operación muy fácil y la traqueotomía incomparablemente más difícil; en la difteria lleva hechas ya 150 intubaciones con sólo 2 fracasos.

El Dr. Dréyer expresa la convicción de que la intubación puede resultar difícil aun para el médico que tenga ya alguna práctica, y además, ofrece el inconveniente de tenerse que proceder al azar, siendo invisible el campo operatorio, y de haberse perdido bastante tiempo; si no se logra, hay que recurrir á la traqueotomía; también hay casos en que la abundancia de la mucosidad y membranas contraindica la intubación; pero, con todo, no se puede negar que en muchos casos reemplaza á la traqueotomía con ventaja.

Hemosferinuria transitoria (a frigore) en un niño de diez años. — El doctor Kvasovoy, después de exponer lo poco que se sabe acerca de dicha afección, refiere el siguiente caso: El 23 de enero del presente año ingresó en el Hospital de Santa Olga un niño de diez años, por emitir orina sanguinolenta y por aparecerle en la piel ampollas después de pasear algún tiempo al aire frío. El niño había nacido perfectamente sano y bien nutrido; tomó el pecho de su madre año y medio; á los dos años pasó el sarampión y pneumonía; á los seis años estuvo en el Hospital con fenómenos sifilíticos. La madre padecía sífilis y había tenido varios abortos. Ahora se presentó bien desarrollado; de mediana nutrición, mucosas pálidas, órganos internos sa-

nos, bazo impalpable, empieza en la novena costilla; huesos de antebrazos y piernas considerablemente abultados, entrecejo hundido. El día del ingreso, la orina era de color rojo, sin que se descubrieran eritrocitos con el microscopio; la reacción era ácida. Al día siguiente la orina era clara, con un fuerte poso de uratos; durante la semana no presentaba otra anomalía que un elevado peso específico. El día 30 de enero se le sumergió la mano y muñeca izquierdas en agua fresca (18° C.) por un cuarto de hora. Pronto se manifestó picazón en la piel de la parte sumergida, que se cubrió de ampollas blancas de contornos irregulares, la flexión del codo y de la muñeca causaba dolor; el volumen de la mano derecha aumentó perceptiblemente, pero no hubo elevación de temperatura; en la orina no se notó nada anormal; al día siguiente se percibió un notable abultamiento del bazo.

El 1.° de febrero el niño tomó un baño de piernas hasta medio muslo en agua de 14 á 15° C. durante media hora. Pronto sobrevino escalofrío, una erupción de escarlata y una elevación de la temperatura á 37°,8. A los cuarenta y cinco minutos después del pediluvio se evacuó una orina de color de poso de café, de reacción ácida, de densidad 1026, conteniendo 0'38 por 100 de albúmina, mucha hemosferina, índican, algunos cilindros hialinos y epitelios renales, pero nada de eritrocitos. Con facilidad obtuviéronse cristales de hemina. El número de los eritrocitos en la sangre había disminuído á 3'8 millones, pero en seis días subió á 4'8; la forma de estos glóbulos no presentaba ninguna alteracion. A partir del 15 de febrero, se instituyó un tratamiento antisifilítico. De vez en cuando se dejó al niño salir al aire, siguiendo luego escalofrío y erupción de ampollas en las partes del cuerpo expuestas al frío; el bazo no se entumeció siempre. No saliendo el enfermo al aire ó tan sólo saliendo por breve rato, la orina quedaba clara, con mucho poso, densidad 1023 á 1037, sin albúmina; en la orina sanguinolenta encontráronse á veces cilindros hialinos. La última vez que se notó sangre en la orina fué el 13 de marzo; desde entonces hasta el día del alta, el 1.° de abril, no se presentó más sangre en la orina, cuya densidad descendió á 1012, no conteniendo ya albúmina á pesar de permanecer el niño á veces hasta tres horas al aire libre; en cambio, las ampollas no dejaron de aparecer cada vez. El niño continúa tomando el yoduro sódico y se siente enteramente sano, pero es difícil decir si el tratamiento con el mercurio y el yoduro ha producido el efecto de que el niño podía ya, en los últimos días de su estancia en el Hospital, dar paseos bastante largos al aire libre, pues ya el tiempo era bastante bueno; lo notable era el descenso del peso específico de la orina.

El Dr. Sokolof dice que varios años atrás tuvo ocasión de observar también un caso de esta rarísima afección en un niño de cinco años, siendo el curso tan típico como en el caso de Kvasovoy, con la diferencia de que después de un pediluvio fresco se presentó un escalofrío intenso, elevándose la temperatura de golpe á 40°, con fuerte tumefacción del bazo y aparición de sangre en la orina. El niño fué sacado pronto del Hospital por los padres, de modo que no pudo prolongarse la observación.

El Dr. Kisel dice que durante los últimos trece años pasaron por el Dispensario del Hospital de Santa Olga unos 30.000 enfermos, y solamente ahora se encontró un caso de ataques de hemosferinuria. Se declara acorde

con el comunicante en opinar que de la eficacia del tratamiento mercurial no puede aún afirmarse nada, y que esta cuestión se aclarará en el próximo invierno; en general, se comprende la relación de esta enfermedad con la malaria, pero no se ha probado aún que la hemosferinuria dependa de la sífilis.

(*Vrach*). — G. SENTIÑÓN.

PERIÓDICOS

Periostitis reumática.—Como prueba de que existe una periostitis reumática, que también admiten algunos autores, cita el Dr. Arthur Stern, el caso de un niño de diez años que había pasado hace cuatro un corea de gravedad media y de cuatro semanas de duración. En la actualidad padeció sucesivamente escarlatina, sarampión y reuma articular. En el curso de este último, que atacó sucesivamente á varias articulaciones, se desarrolló primero en el esternón y después en la clavícula izquierda una tumefacción dolorosísima que presentaba todos los caracteres de una inflamación perióstica. Con el uso interno del salicilato sódico y la aplicación externa de vasógena salicílica á la par que fué retrogradando la inflamación artrítica poco á poco, sucedió otro tanto con la perióstica.

No tardó en presentarse un soplo sistólico en la punta y en desarrollarse un corea de mediana intensidad. Al retrogradar este último, comenzó á desarrollarse una endocarditis y pericarditis sumamente grave. Cree el autor que este caso, lo mismo que otros análogos, demuestran de un modo evidente la existencia de una periostitis reumática.—(*New York med. Journ.*)—R. DEL VALLE.

Nuevo método de desagüe retro-peritoneal en las pio-salpingitis. — El doctor L. Garrignes aconseja en las pio-salpingitis el método siguiente: Hace una incisión de 2 centímetros próximamente en la parte anterior de la inserción vaginal del cuello, del lado de la trompa enferma; esta incisión debe comprender todo el espesor de la pared de la vagina. El operador introduce el dedo índice por esta abertura desprendiendo el peritoneo hasta el cuerno uterino y poniéndolo en contacto con la bolsa purulenta. Un ayudante comprime con fuerza la pared abdominal para rechazar el tumor hacia abajo, y el cirujano abre la bolsa con tijeras romas. Abierto el absceso se le explora y se introduce en la cavidad un tubo en T. Nada de lavatorio en este momento por temor á propagar la infección por alguna erosión del peritoneo. La operación debe ser precedida de un raspado. Las enfermas abandonan el lecho á los ocho días. — (*The Medical Record*). — F. TOLEDO.

Fiebre producida por el ingreso en el hospital.—Según el Dr. Fromm, no es raro observar en los enfermos que entran en los hospitales un movimiento febril que dura unas veinticuatro horas y que desaparece sin necesidad de ningún tratamiento. Con el objeto de conocer la naturaleza y causa de esta *fiebre de ingreso*, el autor reunió las historias clínicas de más de 2000 enfermos del Hospital de la Caridad de Berlín, resultando de esta investigación

que en la mitad de los casos se trataba de enfermos del aparato respiratorio y en la cuarta parte de casos indudables de tisis pulmonar.

El resto estaba constituído principalmente por casos de reumatismo febril articular y muscular, y también de afecciones febriles gastro-intestinales. La duración del ascenso de temperatura fué en 13 casos de tisis, de doce horas; en 8, de veinticuatro; en 3, de cuarenta y ocho; en las demás afecciones casi siempre de unas doce horas.

El hecho de que esta fiebre se observa principalmente en tísicos tiene su importancia y recuerda lo que refieren Penzoldt y Höchstetter, de que después de una caminata de varios kilómetros en terreno llano, asciende la temperatura en los tuberculosos 0'9 por término medio, y en las personas sanas 0'54. El autor cree que la caminata ó en su caso el transporte hasta el hospital, y ya dentro de éste, el cambio de vida y de ambiente que influye en el ánimo del enfermo son las causas que determinan la elevación de temperatura, sobre todo en los tísicos. En cambio, tan pronto como el enfermo se acostumbra al nuevo medio, la mayor tranquilidad de que disfruta, la mejor asistencia que se le presta, etc., hacen desaparecer rápidamente un movimiento febril acaso existente.

Cree además el autor que la fiebre de ingreso puede servir para apoyar el diagnóstico de tuberculosis en los casos en que ya existan otros datos que nos hagan sospecharlo, y en que, por otra parte, no pueda ser explicado el movimiento febril por otra afección fácil de reconocer.

(*Centralbl. f. innere Medizin*). — R. DEL VALLE.

Tratamiento del cancroide por el ácido arsenioso y el ortoformo. — Cerny ha aconsejado tratar el epitelioma por el uso tópico de una disolución alcohólica de ácido arsenioso. Este método tiene la desventaja de producir dolores agudísimos. Ginestoux, en un caso de cancroide del párpado superior, ha modificado como sigue el método de Cerny: principió empleando tópicamente la preparación siguiente:

Ortoformo	1 gramo.
Ácido arsenioso	10 centígramos.
Alcohol	aa. 7 grs. 50 centigrs.
Agua destilada	

Los dolores fueron tolerables y á los pocos días se atenuaron tanto que recurrió á esta otra preparación:

Ortoformo	aa. 1 gramo.
Ácido arsenioso	
Alcohol	aa. 10 gramos.
Agua destilada	

Los dolores producidos por ella fueron fuertes al principio, pero tardaron poco en mitigarse. — (*Gaz. hebd. de Bordeaux*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

CLÍNICA MÉDICA Á CARGO DEL DOCTOR D. NICOLAS HOMS

PARÁLISIS DEL SÉPTIMO PAR DE ORIGEN INTRATEMPORAL

POR

D. JOSÉ MARÍA BARTRINA

Alumno de dicha Clínica.

I

Por la simple inspección del enfermo, lo que principalmente llama la atención es el gesto ó expresión característica de su rostro, que da á comprender desde luego que existe una lesión nerviosa que lo produce.

Antecedentes.—No presenta antecedentes de familia ó hereditarios, pues su padre murió hace poco en edad muy avanzada, sin que sepamos de qué, y su madre y cuatro hermanos que tiene, viven y gozan de perfecta salud; tampoco ha tenido hijos, de modo que la anamnesis nos da sólo datos negativos.

No ocurre otro tanto con los antecedentes personales. En efecto, hace trece años, tuvo una pneumonía, que si alguna significación se le quiere dar, no tiene otra que haber peeparado el terreno para lo que después se dirá; más relación con ello tiene otra pneumonía que padeció año y medio atrás. Con ocasión ó resultado de ciertas relaciones sexuales, tuvo una blenorragia, y junto con ella, úlceras acompañadas de infartos ganglionares, bi-inguinales, múltiples, fríos é indolentes, de suerte que salió lesionado por partida doble.

Al cabo de algún tiempo, cesó la blenorragia, cesaron las úlceras, pero se presentaron dolores cefalálgicos y ostéicos que princi-

piaban á la caída de la tarde. La fiebre hizo su aparición, y el enfermo se pasaba las noches sin poder descansar. Cayéronsele los cabellos y vinieron ulceraciones en los labios, encías, garganta, etc., pasando todo este tiempo sin tratamiento alguno.

De poco tiempo á esta parte, cuando podía conciliar el sueño, al despertar se encontraba bañado en abundantes sudores, experimentaba cansancio, sofocación y cierto agotamiento físico, que le impidió dedicarse á sus quehaceres, presentándose por último, hará cosa de doce ó trece días, este trastorno de la cara, del cual hemos hecho mérito.

Este estado va acompañado de un gran desmejoramiento y decaimiento general, con tos y expectoración abundante y demás fenómenos de poca importancia.

Resumiendo : se trata de un sujeto de treinta y cinco años, con antecedentes sifilíticos, que ha sufrido y viene padeciendo una enfermedad de pecho, y hace poco se le presentaron trastornos de motilidad de los músculos de la cara.

Examen físico. — La mitad derecha de la faz, se presenta lisa, sin arrugas y sin expresión, la frente tersa y sin el más mínimo repliegue; sin plegues el entrecejo; el ojo de este lado más grande que el del lado sano, es decir, más abierto, lo que revela el predominio del elevador del párpado superior, inervado por el tercer par, sobre el orbicular de los párpados, que lo está por el séptimo. Hay logoftalmos, se presenta también algo de epífora, las lágrimas se escapan hacia la mejilla, hecho explicable por parálisis del músculo de Hosner, animado también por el facial.

El bucinador lo mueve de un lado á otro cuando habla, está flácido, caído, es elevado á cada espiración como un velo inerte sin asomos de tonicidad. La masticación está algo comprometida; hay algo de dificultad en la retención de la saliva; los alimentos, á menudo se acumulan entre las arcadas dentarias y la mejilla. Los labios, sin movimiento en el lado derecho ó de la lesión, no permiten al enfermo soplar, ni silbar, ni articular las labiales, lo que compromete algún tanto la pronunciación. Por último, la boca está de través, la comisura derecha caída, mientras la del otro lado, llevada hacia arriba y contracturada, deformidad que se acentúa más cuando el enfermo quiere reir ó hablar, y que se explica por la acción de los zigomáticos y de los elevadores de la comisura bucal, que no pueden ir seguidos en su contraccion por los músculos homónimos del lado opuesto.

La nariz está también un poco deprimida en el lado paralizado, fenómeno que si en el hombre carece de importancia porque tiene las ventanas rígidas, en los animales que tienen el ala de la nariz movible, como sucede en el caballo, el trastorno lleva consigo profundas alteraciones de la función respiratoria.

Explorando las regiones próximas que son del dominio del facial, encontramos la úvula deprimida, no hay desviación de la lengua; pero en cambio se presenta alteración del gusto, sólo que en vez de haber abolición del mismo, hay retardo, desvío ó perversión de la sensibilidad específica que el enfermo manifiesta, diciendo que percibe un sabor amargo, como metálico; dato este de grandísima importancia para fijar con precisión el sitio donde está lesionado el nervio facial, y que conforme después se verá, nos ha de servir de mucho para el diagnóstico. Tampoco ningún trastorno motor, ni sensitivo, he observado en las extremidades superiores é inferiores.

Pasemos al examen del aparato auditivo, encontrando una supuración intensa, que comenzó hace cosa de año y medio. El enfermo por toda cura llevaba el conducto auditivo taponado con una bolita de algodón, y un día encontró empapados con el pus y con él, pegados al algodón, unos huesecillos, que bien pudieran ser los de la cadena de la caja del tímpano.

La presión en la apófixis mastoides y partes vecinas, no despierta ningún dolor.

La audición está completamente abolida, no percibiendo la menor impresión articular de palabras en voz alta, así como tampoco el tic tac del reloj, aplicado en distintos puntos de las proximidades de dicho aparato.

En el lado izquierdo, están íntegros el aparato y la función.

Por el examen otoscópico, se descubre la destrucción de la membrana y de la caja del tímpano.

Ningún trastorno somático, ni funcional, se presenta por parte del aparato de la visión, fuera del de la motilidad, ya citado.

Aparato respiratorio. —El enfermo presenta desde hace un mes ó mes y medio, una afonía casi completa, sintiendo un poco de dolor á la compresión del ioides.

El laringoscopio nos puso de manifiesto cierta deformidad del tiroides, observándose en su parte alta é izquierda un pequeño abultamiento que hace pensar, ó mejor, tiene todo el aspecto de un tubérculo; en este mismo lado nos pareció observar las cuerdas vocales alteradas.

Tórax. — *Inspección.* — Fosa supra-clavicular muy manifiesta, deprimida, también en parte, la porción infra-clavicular, y poca excursión de la pared torácica del lado izquierdo en los movimientos respiratorios, aún los más fuertes y profundos.

Palpación. — Datos de poco valor, puesto que la columna de aire no ha encontrado el obstáculo normal á su emisión en las cuerdas vocales, no transmitía las vibraciones á las paredes del pecho.

Percusión. — Macicez en los vértices pulmonares; en el lado derecho sólo una ligera submacicez, pero el dato pleximétrico es de cuantía en el lado izquierdo; puede observarse esto, tanto en el plano anterior, como en el posterior.

Auscultacóin. — Tiempo expiratorio más largo que el inspiratorio, estertores; la broncofonía no la he podido comprobar porque el enfermo está afónico.

Los esputos son nummulares, moco-purulentos, van al fondo de la escupidera; hecho el examen microscópico, se encontraron algunos diplococos y el bacilo de Koch.

Apqrato digestivo.,— Explorando la boca, en los labios, encías y hacia la cámara posterior, se encuentran unas úlceras que presentan todos los caracteres de la sifílides del período secundario.

Ninguna lesión anatómica por parte del estómago y de los intestinos, y en cuanto á trastornos funcionales, algo de anorexia y una que otra deposición diarréica, relacionado todo ello, sin duda, con el proceso pulmonar que viene padeciendo.

Ni el hígado, ni el bazo, ofrecen nada de particular.

Tampoco nada anormal presentan el aparato circulatorio y el renal, y aunque nos era bien dispensado el verificar un análisis de la orina, no obstante, para mayor seguridad, y más como lujo clínico, que otra cosa, se procedió á hacer el examen de la misma, no encontrándose, ni albúmina, ni glicosa.

Por último, como fenómenos generales, ofrece nuestro enfermo, el gran decaimiento general, de que hemos hablado ya, y alguno que otro recargo febril.

Estos son los datos que hemos podido obtener, como fruto del examen detenido que hemos llevado á cabo, y que creemos suficiente, para formar juicio acerca del enfermo, objeto del presente estudio.

En virtud de los mismos llegamos á las siguientes conclusiones:

1.ª Existencia de un proceso sifilítico que se halla en el segundo período, acreditado por la anamnesis, por la existencia de dolores

cefalálgicos y ostéicos, y por las úlceras bucales, con todo el carácter de sifílides.

2.ª Coexistencia con el anterior, de un proceso pneumofímico, acreditado por los fenómenos generales, agotamiento, sudores del sueño, diarrea y los locales, encontrados por el examen físico del tórax y laringe y confirmados todos ellos por el examen microscópico.

3.ª Parálisis del facial, puesta bien de manifiesto por la pérdida de la función motora de los músculos de la mitad de la cara que están bajo su dominio.

4.ª Caries del peñasco, revelada por supuración abundante, destrucción de la caja del tímpano, pérdida de la audición é integridad anatómica de la apófisis mastoides y demás partes circunvecinas.

Sentadas estas conclusiones provisionales, en el siguiente capítulo volveremos sobre las mismas, tomando cada una de ellas de por sí, detallándolas en lo posible, y armonizando unas con otras, al objeto de que el estudio llevado á cabo, sea lo más completo, lo más afinado, lo más simple y enlazado que sea dable, y de esta suerte, teniendo en cuenta la historia y etiología de cada trastorno, remontándonos con ello al conocimiento de las causas, sabiendo de la manera cómo han venido influyendo y se han sucedido, podremos llegar á conocer los efectos y la patogenia de los mismos, que viene á ser lo mismo que una explicación racional del modo cómo se han presentado y del por qué han tenido lugar en la forma que iremos viendo.

II

1.º Sobre el primer punto ó sea la existencia de una infección sifilítica, no cabe ninguna duda si se tienen en cuenta los hechos en virtud de los cuales fundamentamos el diagnóstico. La única consideración que, con respecto á este punto me veo obligado á hacer, es lamentar el que este enfermo, por descuido sólo á él imputable, haya pasado todo el lapso de tiempo que media entre la lesión inicial hasta su ingreso en la Clínica, sin medicación antisifilítica, pues el quedar abandonado á sus propias fuerzas, ha sido dejarlo expuesto á los rudos ataques de los agentes morbosos que á la fuerza se habían de ensañar en un organismo al que por el citado hecho le era imposible lucir grandes resistencias; esto aparte de la anemia y profunda depauperación orgánica que el proceso sifilítico lleva siempre consigo aun en el caso de que sea debidamente tratado.

No soy yo de los que creen como hecho inconcuso é indiscutible, la curación radical de la sífilis á beneficio de los mercuriales y del ioduro potásico. La observación, una y cien veces comprobada, de individuos que se creían completamente curados y á lo mejor se nos presentan con fenómenos del período terciario, con un goma cerebral, por ejemplo, prueban muy elocuentemente que á beneficio del mercurio, se apaga ó mejor se atenúa el incremento que parecía tomar la infección específica; mas por desgracia queda el rescoldo que se aviva cuando el soplo imperceptible de los años ó de otra enfermedad, viene á aventar las cenizas y á atizar la infección. Si no existieran pruebas fehacientes de algunos casos, raros por cierto, en los que se ha presentado la reinfección, hasta podría llegarse á la afirmación absoluta de la no curabilidad de la sífilis, aserción antitética á la anterior.

Entre conclusiones tan discordes, tan opuestas y tan absolutistas, bien puede tomarse el justo medio. Huyamos, pues, de todas las exageraciones y digamos que el mercurio cura la sífilis algunas veces, no todas; que en otras, el virus infectante con todo impregnar todos los ámbitos de la economia, resulta extraordinariamente atenuado de tal suerte, que puede llegar á creerse en una curación radical, y, por último, casos hay en los que la sífilis lleva con razón el calificativo de maligna y no resulta influenciada por ningún género de medicación.

Ya se ve, pues, que si no somos entusiastas, tampoco somos pesimistas y admitimos los buenos oficios de la medicación mercurial y precisamente porque los admitimos, es por lo que nos hemos lamentado que nuesto enfermo no estuviera desde un principio sometido á ella. Pero es más, no sólo debe aceptarse la eficacia de la administración del mercurio sino que es forzoso admitir y todo el mundo lo admite, que pocos medicamentos se registran en la farmacología antigua y moderna que tengan una acción tan pronta, tan eficaz y tan eléctrica, sin que esto quiera decir, ni mucho menos, que siempre hayan de curar: se entiende curar radicalmente.

2.º Coexiste, con el proceso anterior, otro de tanta ó más gravedad si cabe, el tuberculoso. Recordemos que el enfermo en cuestión padeció dos pneumonías, espaciadas es cierto, pero la última, de fecha reciente. Tengamos en cuenta el tiempo en que se presentaron los primeros fenómenos de pecho y lo adelantado que se hallan las lesiones pulmonares y vendremos en la consecuencia de lo racional y cierto que resulta pensar que el proceso pneumónico abrió la puer-

ta al bacilar. Y no vaya á creerse que esta afirmación es sólo de carácter teórico, no, ya que puede demostrarse, además de lo lógica que resulta, en virtud de pruebas de carácter experimental. Al efecto, en la preparación bacteriológica al lado del bacilo de Koch, pueden verse algunos diplococos encapsulados que resultan ser los pneumococos de Talamon-Frænkel ó de la pulmonía fibrinosa. Lo cual no tiene nada de extraño, pues no viene á ser más que la confirmación que da el laboratorio, á la afirmación establecida en la clínica, uniformidad de conclusiones y voto unánime que cuando por fortuna llega á alcanzarse, lleva en sí toda la fuerza de la verdad. Tampoco tiene nada de extraordinario que hayamos acreditado aún la persistencia del agente pneumónico á pesar de la larga data de la afección, pues ya se sabe que la especificidad microbiana con todo y sostenerse firme, ha perdido hoy mucho terreno, es decir, ha perdido mucho de las exageraciones de ayer. Son muchos los microbios que á veces concurren á determinar una infección, de suerte que el hibridismo y la asociación microbiana están á la orden del día.

3.° En las conclusiones provisiónales que sentamos en la primera parte del presente estudio clínico, admitimos la existencia de una parálisis del nervio facial en virtud de la hemiplegia existente en la mitad derecha de la cara.

Ahora bien, sentado este diagnóstico, tócanos averiguar el sitio de donde procede la parálisis, esto es, la parte del nervio que ha sido lesionada, y así sabremos cómo y por qué se ha producido la lesión. Este análisis es interesantísimo y ha de constituir la parte de más relieve de esta historia, ya que fundándonos en datos anatómicos, podremos llegar á conseguir el objeto que nos hemos propuesto con una exactitud verdaderamente matemática.

La parálisis del facial con respecto á su origen, se ha dividido de varias suertes y de una manera general en central y periférica.

Otra división que cabe establecer es admitir una parálisis de procedencia cerebral, otra de origen bulbar y, por último, otra de nacimiento en la trayectoría del nervio desde su origen aparente hasta sus últimas ramificaciones.

Aún puede hacerse otra división más detallada, sin llegar á una particularización extrema que nos sirva como punto de guía, y esta división es la siguiente:

1.° Parálisis de origen cerebral cortical.

2.° Parálisis de origen cerebral central.

3.° Parálisis de origen bulbo-protuberancial.

4.° Parálisis de origen intratemporal.

5.° Parálisis de origen periférico.

Establecida esta división para servirnos de ella como de norma ó *carta anatómica* (valga la frase), con el objeto de que sepamos el rumbo que debemos imprimir á tan detallado diagnóstico, pasaremos á trazar á grandes rasgos un ligero bosquejo de la anatomía del nervio facial, porque sin este conocimiento previo, será imposible dirigirnos por uno ú otro derrotero.

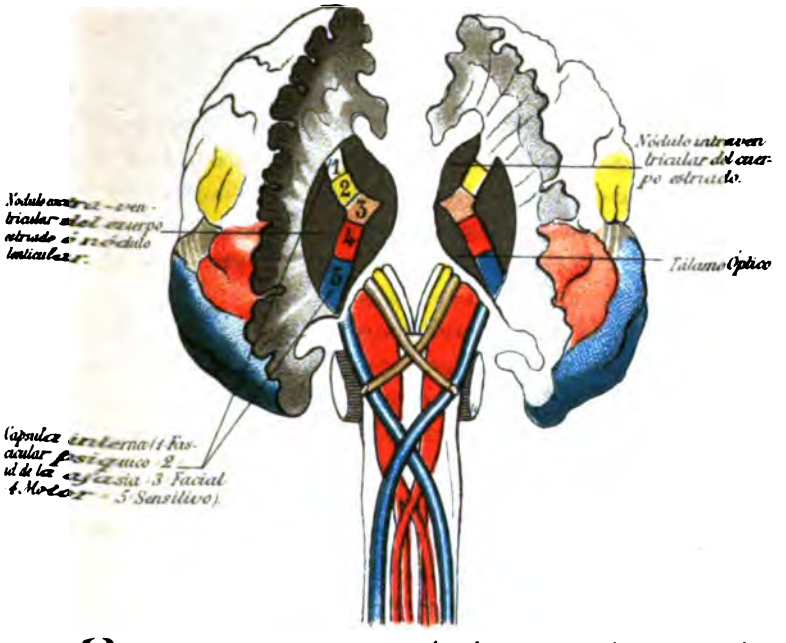
Ligera reseña de la anatomía descriptiva del nervio facial.

El nervio facial toma su origen aparente en el surco que separa la parte anterior del bulbo de la protuberancia anular, por encima y algo afuera de los cuerpos olivares. Emerge por encima del nervio acústico, del cual está separado por el intermediario de Wrisberg, de suerte que procediendo de abajo hacia arriba, se encuentran en este punto: 1.°, el acústico; 2.°, el nervio de Wrisberg; 3.°, el facial; tal como puede verse en la figura 1.ª

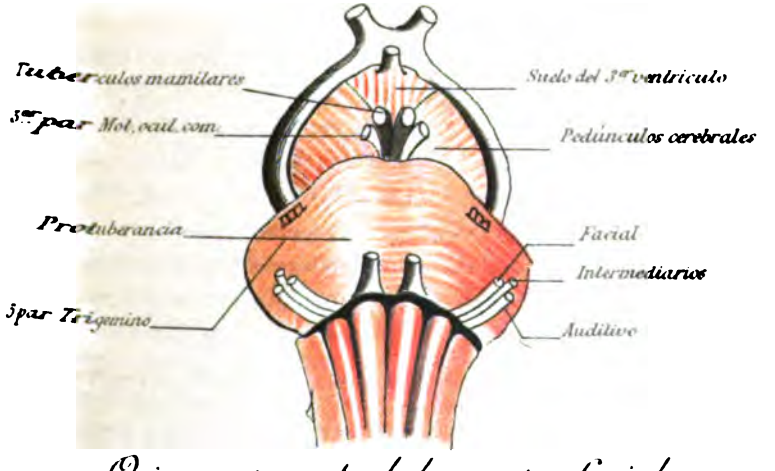
Pero si este es el origen aparente del nervio, no así su origen real, ya que siguiendo la trayectoría de sus fibras á través de la substancia propia del bulbo, le veremos caminar primero horizontalmente por un plano paralelo al de reparación de la protuberancia y del bulbo, para encorvarse después é implantarse en un nódulo de substancia gris de gruesas células multipolares, nódulo inferior ó *nódulo propio del facial*, que representa la prolongación anterior del cuerno anterior de la médula espinal (1). Este núcleo recibe el nombre de núcleo inferior para diferenciarlo del superior, situado en la inflexión ó acomodamiento de que acabamos de hacer mención, y que es común á dicho nervio (el facial) y al motor ocular externo.

Aquí acaba la descripción que puede leerse en las obras de Anatomía, por lo que se refiere al origen del nervio facial, ó sea á la porción del mismo, que está en íntima relación con los centros nerviosos, pero yo creo, y sobre todo en nuestro caso, que la investigación

(1) El bulbo no viene á ser más que la continuación de la médula espinal que al llegar á tal sitio se entreabre, y su canal central, hecho superficial, se extiende y contribuye á formar el cuarto ventrículo. De este expansionamiento resulta que las partes que eran posteriores en la médula se hacen externas en el bulbo. Así la columna de origen de los nervios motores bulbares, que en suma viene á ser la continuación de los nervios motores espinales, está situada á lo largo de la línea media, debajo del suelo del cuarto ventrículo, y el origen de los nervios mixtos bulbares está un poco más hacia afuera (Dieulafoy, *Maladies de la protuberance annulaire et du bulbe rachidien*).



Esquema para demostrar la disposición de la cápsula interna y sus fascículos, y los núcleos opto-estriados.



Origen aparente de los nervios facial auditivo é intermediario Wrisberg.

Lit. F. Nuez. Sta. Engracia 6 Madrid

debe ir aún más lejos, pues de lo contrario, no podríamos explicarnos un gran número de fenómenos que la clínica nos presenta á diario; y es, que en el sistema nervioso central existe una relación estrecha entre partes á veces las más distantes; no otra cosa viene á confirmar el hecho de que lesiones medulares trascienden muy frecuentemente á ciertos territorios del cerebro y cerebelo, y viceversa. Parece ya, pues, á primera vista que el bulbo, que al fin y al cabo no viene á ser más que una prolongación ó modificación de la médula, no había de formar excepción de esta regla general, y en efecto, la ley aquí también se cumple, toda vez que las hemorragias cerebrales que se fraguan en determinados parajes del cerebro, producen parálisis del nervio facial con todo y haber dejado al bulbo y protuberancia completamente indemnes.

Esto prueba muy elocuentemente que los núcleos bulbares estarán intimamente conexionados con determinadas zonas cefálicas. Veamos cuáles son éstas.

Desde luego, que cuantos datos aportemos estarán fundamentados en observaciones de carácter fisiopatológico, desde el momento en que no podemos confiarnos á los anatómicos, ya que la más sagaz investigación se pierde en el laberinto formado por la inextrincada red de los filamentos nerviosos entremezclados con las prolongaciones protoplasmáticas de los elementos grises y de las células neuróglicas.

Por la observación clínica sabemos cómo muchos casos de hemorragia cerebral van seguidos de hemiplegia facial, pero la parálisis de la mitad de la cara, sólo afecta á lo que podríamos llamar facial inferior y á los músculos que él inerva, mientras que el orbicular de los párpados, animado por el facial superior, queda con toda ó gran parte de su integridad. La autopsia llevada á cabo en estos casos de hemiplegia facial inferior, asociada á la hemiplegia de los miembros (1), ha demostrado constantemente una lesión ó foco hemorrágico en la llamada cápsula interna.

También ha podido demostrarse la parálisis facial inferior cuando á consecuencia de un traumatismo, de un ateroma, de reblandecimiento, de un foco meningítico ó de un tumor, ha venido á interesarse la base de la circunvolución frontal ascendente, y se han presentado ó no la hemiplegia de los miembros, según la excursión que haya ejecutado el proceso degenerativo, por las porciones más su-

(1) Hemiplegia vulgar.

periores de las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes ó por el lóbulo paracentral, origen más que probable de los movimientos de los mismos.

En virtud de estos documentos bionecroscópicos de inestimable valor, podemos deducir muy racionalmente y al abrigo de toda objeción, cuál es probablemente el camino que escoge el facial inferior en su viaje á través de la substancia nerviosa del cerebro, y que podemos resumir en los siguientes términos:

El facial inferior toma su origen al pié de la circunvolución frontal ascendente en las células de la capa cortical, y acompañado de los haces motor y sensitivo generales, que están por detrás, y de los fascículos psiquicos y de la afasia que están por delante, forma con todos ellos la cápsula interna, constituyendo la parte central ó acodada de la misma.

Puestas ya las fibras que formaban la cápsula interna fuera de contacto de los centros opto-estriados, constituyen los pedúnculos cerebrales; y guardando dichas fibras la misma relación que antes tenían entre sí, reservan la parte más interna de los expresados pedúnculos cerebrales para el fascículo del facial inferior, el cual desciende, conservando su situación, hasta la parte media de la protuberancia anular, donde se entrecruza con su homónimo, ó sea con el del lado opuesto, continuando su trayecto bulbar para abocar en el nódulo propio del facial, del que arriba hemos hecho mérito al hablar del origen real de dicho nervio ó séptimo par (1).

Fáltanos ahora determinar lo que se hace la porción que hemos denominado facial superior, ya que hasta el presente no hemos dado con ella.

En los casos en que se halla interesada y que, por lo tanto, se presenta parálisis del músculo orbicular de los párpados, se ha encontrado en la autopsia el foco hemorrágico, tumor, etc., interesar preferentemente el nódulo lenticular ó extraventricular del cuerpo estriado; es, pues, muy natural suponer que las fibras del facial nacidas de un punto de la corteza cerebral aún no conocido, atraviesan el nódulo lenticular para ir al pedúnculo cerebral; pero al pasar del primero al segundo de estos puntos, no pueden utilizar la cápsula interna porque, como ya sabemos, las lesiones de este tractus no producen la parálisis del orbicular; por tanto, han de seguir otra vía que Hallopeau ha defendido ser el asa lenticular. Una vez llega-

(1) Sólo unas cuantas fibras del fascículo afluyen al núcleo del duodécimo par, ó nervio hipogloso.

do á formar parte del pedúndulo cerebral, el facial superior se fusiona íntimamente con el inferior y formando un solo haz sigue el camino que para el último más arriba hemos señalado.

Conocida ya la trayectoría central del nervio, tratemos de describir la periférica, comprendiendo desde su origen aparente hasta sus últimas ramificaciones en los músculos de la cara.

En el mismo orden en que los hemos encontrado en su nacimiento, el acústico, el intermediario de Wrisberg y el facial adelantan hacia el conducto auditivo interno, en el cual penetran y en el fondo del cual se separan; el acústico penetra por la lámina cribosa, mientras que el facial y el intermediario de Wrisberg la emprenden por el acueducto de Falopio. Casi en los comienzos de dicho conducto el facial presenta un abultamiento ganglionar — ganglio geniculado —, en el que aboca el intermediario de Wrisberg y fusionados los dos van siguiendo por esta especie de túnel intratemporal para salir por el orificio inferior del mismo (el estilo-mastoideo), descender por el espesor de la glándula parótida y llegar al borde parotídeo de la mandíbula inferior, donde se divide en dos ramas terminales: la temporo-facial y la cervico-facial.

En el interior del conducto de Falopio suministra las ramas siguientes, procediendo de arriba á abajo, es decir, desde la porción más interna ó central, á la periférica:

El nervio gran petroso superficial, que inerva los músculos palato-estafilino y peristafilino interno;

El nervio pequeño petroso superficial, que inerva el peristafilino externo y el músculo del martillo;

El nervio del músculo del estribo.

La cuerda del timpano, que se separa del facial cerca de su salida del acueducto, remonta, atraviesa la caja del tímpano, sale por la cisura de Glasser, recibe un ramo del ganglio óptico, fusiónase con el lingual, nervio del brazo maxilar inferior del trigémino, parte de sus fibras van con él y se reparten por la lengua, y la otra porción, despréndese luego para afluir al ganglio y de allí á la glándula submaxilar.

Otros filetes anastomóticos suministra el facial y algunos nervios á algunos músculos de la región supra-ioidea, que pasamos por alto porque no hacen al caso para el presente estudio.

Y, por último, se divide en las dos ramas terminales que hemos citado, arrimando la superior (temporo-facial) á los músculos frontal, superciliar orbicular de los párpados zigomáticos elevadores del la-

bio superior, transversal de la nariz, mirtiforme, canino bucinador y mitad superior del orbicular de los labios, cayendo bajo el dominio de la rama inferior ó cervico-facial, el triangular y el cuadrado de los labios, la borla de la barbilla y la mitad inferior del orbicular.

Conocida ya la anatomía del facial con los detalles más interesantes para hacer con fruto el presente estudio, estamos en el caso de poder averiguar la porción de dicho nervio que se halla interesada, sirviéndonos para ello de la división que mucho más arriba establecimos.

Caso 1.° *Parálisis de origen cerebral cortical.*—No puede tratarse de ella, porque ó bien habría sólo parálisis del facial inferior, es decir, que el músculo orbicular se hallaría libre, contrario á lo que sucede en nuestro enfermo, ó en el caso de hallarse el orbicular afectado, el trastorno iría acompañado de una hemiplegia de los miembros, ó, mejor aún, de una monoplegia ó de una afasia, según el sitio y extensión del foco, que según hemos visto por la anatomía, vendría á corresponder al pié de la circunvolución frontal ascendente y según las lesiones de vecindad (1) aparecerían los fenómenos de que hemos hecho mérito. Debemos, pues, rechazar tal diagnóstico.

Caso 2.° *Parálisis de origen cerebral central.*—Hallándose interesada la cápsula interna, se comprende que junto con la hemiplegia de la cara vendría la de los miembros del mismo lado, como sucede en los casos de hemorragia. Además, se presentaría el orbicular de los párpados aparentemente sano; ya dijimos anteriormente el por qué fundándonos en datos anatómicos. Puedo añadir aquí, que no sólo el orbicular escapa á la parálisis, sino también todos aquellos músculos que tienen una acción conjugada, ó sea que sus movimientos se verifican al mismo tiempo en los dos lados como los de los ojos, del tronco, de la laringe. Quizá sea esto debido además de lo dicho anteriormente, con respecto al orbicular, que los nódulos de estos nervios estén enlazados los de un lado y los de otro, en virtud de ciertas fibras comisurales, de suerte que una parte venga á suplir con este mecanismo las funciones que se ve imposibilitada de ejecutar la otra. Sea como quiera, el hecho es cierto, y como el enfermo presenta el oclusor parpebral tan paralizado como el resto de la cara, por este solo motivo ya debemos rechazar la lesión cerebral central.

(1) Lesiones que casi siempre existen, ya por compresión mediata, por shock ó por la simple localización del foco, raras veces perfectamente circunscrito.

Podríamos confirmar aún el diagnóstico por medio de dos pruebas, me refiero á la faradización y á la inyección de pilocarpina en el lado afectado. En el caso de parálisis central, los músculos responderían á la corriente farádica y la reacción sudoral se presentaría igualmente en ambos lados.

Caso 3.° *Parálisis de origen bulbo-protuberancial.*—Si la lesión radicara en la protuberancia ó en el bulbo, se presentaría como se verifica en nuestro caso una parálisis total de la cara incluso el orbicular, lo cual se comprende porque en este punto se ha verificado ya la reunión de los filetes del facial superior é inferior, pero recordemos que en tal paraje se entrecruzan el facial de un lado con el del opuesto. La región comprendida entre este entrecruzamiento y los núcleos bulbares del facial corresponde á la mitad inferior de la protuberancia, región que comprende también los tractus de fibras motrices destinadas á los miembros, y como estas fibras se entrecruzan más abajo, esto es, cerca del cuello del bulbo, sucede que cualquier lesión en este punto afectará las fibras ya cruzadas del facial y las de los miembros antes de su entrecruzamiento, resultando de ahí una parálisis cruzada alterna de Gubler, directa sobre la cara y cruzada para los miembros.

No sucede esto en el enfermo que nos ocupa, pues si bien es verdad que presenta una parálisis facial completa, en cambio hemos podido comprobar conforme describíamos anteriormente, la completa integridad de los miembros.

Por lo que hasta el presente llevamos dicho, sabemos que no se trata de ninguna lesión que afecte los centros nerviosos, hallándose indemnes, la corteza cerebral, la cápsula interna y los centros optoextriados, lo propio que el bulbo y la protuberancia anular. No siendo, pues, de origen central, la parálisis deberá reconocer un origen periférico. Veámoslo.

La parálisis periférica puede localizarse en dos sitios diferentes: el uno en la porción intratemporal (caso 4.°) y el otro en la extratemporal ó periférica (caso 5.°).

Desde luego rechazamos la última opinión y nos afirmamos al diagnóstico de lesión intratemporal. Es cierto que iguales fenómenos pueden observarse en ambos casos, pero optamos por el precedente diagnóstico en virtud de dos hechos sintomáticos: la desviación de la úvula y la alteración de la función gustativa.

Decíamos al hablar de la anatomía, que las ramas terminales del facial inervaban los músculos orbicular de los párpados, los del ca-

rrillo, los elevadores del ala de la nariz y comisura bucal y los labiales. Todos ellos los hallamos, en efecto, paralizados, pero ello sólo nada nos dice respecto al punto fijo de la lesión, pues con tal que resida ésta por encima del nacimiento de los filetes que le animan, la parálisis se verificará sea cualquiera el punto en que radique sea extra ó intratemporal.

Ahora bien, si la lesión asentase en la porción del facial que media entre su salida del temporal hasta sus ramas terminales, de las que acabamos de hacer mérito, como todas ellas tienen origen extratemporal, sólo las parálisis apuntadas tendrían lugar. Pero si la neuritis ó degeneración del nervio, se verifica por dentro del peñasco ó del conducto de Falopio (1), es claro que también se presentará la parálisis apuntada igual que en el caso anterior, pero además estarán paralizados los músculos inervados por los nervios que nacen del facial por dentro de dicho conducto de Falopio, que conforme se comprende, quedarían salvados en el caso anterior por residir la lesión al ser extratemporal por debajo del origen de los indicados nervios.

Sentado esto, sólo hace falta preguntar á la Anatomía cuáles son los nervios que nacen del facial por dentro del acueducto de Falopio, respondiendo la Anatomía á lo que dijimos en otra parte de nuestro trabajo, á la cual nos remitimos. Mas para abreviar, baste que recordemos dos de dichos nervios que vienen á ser los más importantes para el caso, y estos nervios son : el petroso superficial mayor y la cuerda del tímpano que tienen bajo su dominio los músculos peristafilino interno y palato-estafilino, el uno, y el otro, la sensibilidad específica del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua ú órgano gustativo junto con la secreción de la glándula submaxilar.

Reducida la cuestión á estos términos, repasemos los síntomas que el enfermo presenta y que relatamos en la primera parte de esta historia, y busquemos si hay desviación de la úvula y si hay perversión gustativa. De esta investigación resulta la afirmación de ambos puntos.

Digamos, pues, en virtud de hechos tan fehacientes, que se trata de una parálisis facial que toma nacimiento en el interior del conducto de Falopio, ó sea de origen indubitablemente intratemporal.

A este diagnóstico llegamos, como puede verse, sólo en virtud de dos hechos sintomáticos, y, por tanto, conviene que estemos bien se-

(1) Agujero estilo-mastoideo.

guros de ellos. Con respecto á la alteración que se observa en el velo del paladar, podría creerse que fuera debida á las sifílides que radicaran en dicho punto, pero si tal hecho fuese cierto habría algún vestigio del proceso ulcerativo; además, una brida cicatricial produciría la flacidez, y, por último, siempre es cosa notable que el trastorno corresponda al mismo lado de la hemiplegia facial; pero, de todas suertes, lo que le da más valor es el ir asociado á la alteración gustativa. Analicemos, pues, este otro síntoma.

La perversión especial del gusto (como metálico) que el enfermo suele experimentar, tiene, en nuestro concepto, escaso valor, siendo fácil de comprender, teniendo en cuenta que existe una supuración en el peñasco, y que, enfilando el pus por la trompa de Eustaquio, pasa á la faringe y da origen á la impresión gustativa especial que hemos anotado, lo cual, no sólo explica el fenómeno, sino que además nos da cuenta de la continuidad del mismo, por manera que este hecho, por sí sólo, nada cierto nos diría. Es necesario, para proceder con exactitud, llegar á acreditar la abolición de la sensibilidad específica en los dos tercios anteriores del órgano gustativo, correspondientes á la mitad derecha ó de la hemiplegia facial,

Para ello nos hemos valido de diferentes substancias sápidas, soluciones edulcoradas, vinagre, quinina, aplicadas, mediante un pincel, en el citado punto, resultando á primera vista lo que decíamos en la sintomatología, esto es, cierto retardo en la percepción del gusto. Pero estudiando con detención el hecho observado, hemos podido venir á la conclusión de que tal retardo era debido á que se hacía indispensable que las substancias de prueba se difundieran por la boca y se pusieran en contacto con la porción papilar ó posterior de la lengua ó con la del lado sano, el izquierdo para ser percibidas. En efecto, procurando evitar esta difusión y estregando las substancias citadas por la región lingual supuesta asequible, no experimentaba el enfermo sabor alguno, mientras que lo percibía repitiendo la prueba en los demás parajes del órgano gustativo, porción papilar é izquierda de la lengua.

Otra objeción que podría hacerse es que teniendo todos los órganos de sensibilidad especial un solo nervio perceptivo y transmisor de la misma, el óptico para el ojo, el auditivo para el oído, etc., es sumamente extraño que el órgano del gusto tenga dos, el glosofaringeo y la cuerda del tímpano, además de que siendo tantos los nervios qne se distribuyen por la lengua, es muy difícil atribuir á cada uno cuál sea su papel.

A esto contestaré que, gracias á los experimentos fisiológicos, no es esto tan difícil como parece, y que, por fortuna, en este punto ya sabemos hoy día á qué atenernos. En efecto, tres son los grandes nervios que se reparten por la lengua, el lingual, el gloso-faríngeo y el hipogloso. El lingual, como nervio de la rama maxilar inferior del trigémino ó quinto par, preside la sensibilidad táctil, que en nada difiere de la sensibilidad táctil general; el gloso-faríngeo tiene á su cargo la sensibilidad específica del gusto. Y, por último, el dozavo par ó gran hipogloso está reservado para la motilidad de la lengua. Ahora, con respecto á la cuerda del tímpano, recordemos que este nervio no viene á ser más que la continuación del intermediario de Wrisberg, que se fusiona con el facial en el ganglio geniculado. Siguiendo dicho intermediario hasta los centros bulbares veremos que toma origen de un núcleo que es una expansión del núcleo propio del noveno par, el gloso-faríngeo, de manera que el intermediario, y en su consecuencia la cuerda del timpano, vendrían á ser ó á constituir una aberración del nervio últimamente citado. Resultando en definitiva, que la pretendida pluralidad de nervios para la percepción específica del sentido del gusto, no es cierta no tratándose sino de una división prematura ó central de un sólo nervio, el gloso-faríngeo, que asume por sí sólo y exclusivamente la función gustativa, reservándose el tronco principal (gloso-faríngeo) la sensibilidad gustativa en la porción papilar ó tercio posterior de la lengua, y dejando encomendada á su rama (intermediaria de Wrisberg y en último término cuerda del tímpano) la de los dos tercios anteriores ó cuerpo y punta del citado órgano.

Los hechos sintomáticos en virtud de los cuales fundamentamos el diagnóstico de parálisis del séptimo par de origen intratemporal, resultan, pues, como acabamos de ver, ciertos de toda exactitud, y, por tanto, el diagnóstico también lo será. Mas si con lo dicho no hubiera bastante, remontándonos hasta el conocimiento de la etiología de la afección, tendríamos una comprobación plena de cuanto acabamos de decir. ¿No sabemos, en efecto, que el enfermo presenta un foco supurativo en el interior del hueso temporal? ¿Pues qué tiene de extraño que atravesando el nervio facial este hueso en una larga extensión le haya contaminado ó afectado en este punto? De tal monta es esta consideración que basta ella sola para ya establecer *a priori* el diagnóstico que hemos formulado. Mas si no nos hemos aprovechado de este dato importautísimo hasta ahora y no nos hemos valido de él de un modo exclusivo, ha sido, no porque lo creyé-

ramos de menor transcendencia, sino por lo que ya decíamos anteriormente, esto es, que siendo el enfermo sifilítico era nuestro deber investigar si podía invocarse como causa otra lesión concomitante, sobre todo de los centros nerviosos, única manera de no aventurar un diagnóstico completamente al azar y demasiado confiadamente, y no como debe hacerse siempre en virtud de *conclusiones motivadas*.

Caso 4.° — Aún nos queda otro punto por tratar, que es el último que consignamos al hacer las conclusiones provisionales en la primera parte de esta historia clínica, y este punto es el que hace referencia al proceso necrobiótico del oído medio é interno, esto es, á la caries del peñasco. Este diagnóstico decíamos allí que lo hacíamos fundándonos, no sólo en el examen sintomático, sino también en el físico, haciendo resaltar los hechos de la supuración, de la destrucción de la caja del tímpano, la pérdida de la audición y la integridad de la apófisis mastoides y demás partes circunvecinas. Nada tengo que añadir de nuevo aquí, puesto que nada tampoco habla tan elocuentemente como el examen otoscópico. En lo único que debo fijar la atención es sólo en determinar, si es posible, la naturaleza del proceso que ha provocado, en último término, la destrucción del oído medio y la caries de la porción pétrea del temporal.

La discusión debe alternar naturalmente entre dos procesos, el sifilítico y el tuberculoso, que son los únicos que aquí tienen lugar. La sífilis puede afectar, es cierto, el peñasco, lo mismo que cualquier otro hueso ó parte de la economía, ya que se trata de una infección general, cosmopolita en sus manifestaciones, y que sienta sus reales donde bien le place, con bien pocos puntos de referencia; con todo, el hecho de lesión del peñasco por sífilis, con no ser imposible, no es frecuente. Lo que ya no es fácil que produzca la sífilis es una supuración tan abundante y sostenida, sobre todo, después del empleo durante algunos días de una medicación apropiada, y éste ya es un dato en contra de la sífilis y en favor de una lesión de origen fímico. Tal manera de pensar viene corroborada por el conmemorativo, puesto que el enfermo acusó los primeros trastornos auditivos conjuntamente con los síntomas sifilíticos iniciales, y sería muy sorprendente y muy raro que una sífilis en sus albores, cuando aún apenas se ha dado á conocer por fenómenos del período secundario, fuese ya suficiente á determinar tan profundas alteraciones en una región por demás resistente como el peñasco. Por último, el examen microscópico del pus acreditó la presencia, junto con los estreptococos de la supuración, del bacilo de Koch.

Con ésta, creo quedan cumplidamente confirmadas, analizadas y discutidas todas y cada una de las conclusiones provisionales formuladas muy anteriormente, con lo cual las elevamos á definitivas, y damos por terminado el asunto por lo que á la parte diagnóstica se refiere, pasando á ocuparnos seguidamente del

Pronóstico.—Este es uno de los casos en los que, á ocupar el enfermo buena posición social y haber llegado á nuestras manos á su debido tiempo, habrían sido éstas salvadoras para el mismo, deteniéndole en la pendiente, por la que ya casi se ha precipitado.

Contra la infección sifilítica, podríamos anteponer una medicación específica y sin rival en terapéutica : la de los mercuriales. Contra el proceso necrobiótico intratemporal poseíamos otro tratamiento tan brillante y enérgico como el anterior : el de los antisépticos. Por último, contra las lesiones pulmonares, aún podíamos echar mano de cuatro poderosos recursos : la climatoterapia, el reposo, la superalimentación y los reconstituyentes. Que venga un enfermo en condiciones semejantes al nuestro, tan sólo cuatro ó seis meses antes de su ingreso en Clínica, y estoy á punto de asegurar que podría garantizársele su próximo alivio ó curación. Sométase el nuestro, con la anterioridad que he pedido, á una intervención quirúrgica del oído si el tratamiento antiséptico local no da resultados, sacrifíquese el oído y la función de este lado, si es preciso (cosa á la que de todos modos había de ir á parar) ; pero sálvese cuando menos la integridad del facial. Trasládese al enfermo á un sitio elevado, á un Sanatorio, á Puigcerdá, á Santa Fé del Monseny. Désele en gran cantidad extracto de carne, leche, yemas de huevo, aceite de hígado de bacalao, mientras sea compatible tal alimentación con el estado de sus vías digestivas. Déjesele en reposo relativo, material y moral. Adminístresele la creosota, el guayacol, el terpinol, la terpina, el eucaliptol, el iodoformo ó cualquier otro modificador de las vías respiratorias. Echese mano del hierro, del arsénico, del iodo, de los hipofosfitos y de los fosfatos. No se descuide la medicación antisifilítica administrada en inyecciones. Recúrrase á la hidroterapia, si se quiere, y á la pneumoterapia, si se puede, y estoy casi seguro que un enfermo como el nuestro con una pneumofimia, de marcha tórpida y tan poco irritable, que ni siquiera ha provocado ninguna hemoptisis, le hubiéramos salvado. Sólo necesitábamos tres cosas, que no siempre se encuentran : tiempo, paciencia y dinero.

Por desgracia, de ninguna de estas condiciones se ha visto rodeado el enfermo, y ha llegado demasiado tarde á implorar los recursos

de la ciencia, y así es que, por estas circunstancias y por el deplorable medio ambiente que le rodea aquí en el Hospital, debemos formular un pronóstico muy grave.

De todo lo que le aqueja, lo que en nuestro concepto ofrece mayor gravedad, es la afección laríngea y la pulmonar que, por ser de carácter tuberculoso, ya bastan por sí solas para que demos al enfermo por perdido en un plazo más ó menos largo.

De menos importancia conceptuamos á la infección sifilítica, de la que á sí sola seguramente habríamos triunfado, pero acompañando á las otras lesiones, ha venido á agravar la situación, sucediendo, como vulgarmente se dice, que ha llovido sobre mojado.

Con respecto al tratamiento, bien poca cosa he de decir, porque *modo groso*, ya he apuntado el plan curativo que, á ser posible, debería desplegarse para la curación ó alivio del enfermo. No siendo esto posible en toda su amplitud, deberemos aprovecharnos de lo que buenamente se pueda hacer, y en este sentido, estoy más que conforme con la medicación empleada, que no detallo, por no diferir de lo que llevo expuesto.

SANGUIJUELA ADHERIDA Á LA LARINGE

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo. Madrid.

El capítulo de cuerpos extraños de la laringe es ya tan extenso, que apenas si ofrece interés cualquiera observación particular, estando, en verdad, agotado todo lo referente á sintomatología y tratamiento.

Pero existe un cuerpo extraño de las vías aéreas que, por su rareza así como por su sintomatología propia, merece llamar nuestra atención y también la publicidad de todo caso examinado; me refiero á la sanguijuela en la laringe.

El año pasado presentóse en mi consultorio de la Policlínica de Madrid, un adulto, campesino, de la provincia de Guadalajara, que hacía quince días, en un estado de perfecta salud y robustez, sufría hemoptisis repetidas de mayor ó menor consideración, con ronque-

ra, ligeros ahogos pasajeros, y la sensación de un algo extraño con localización precisa á la altura del cartilago tiroides. Por comparación con historias parecidas, observadas en el país, ya el campesino tenía la sospecha de que pudiera tratarse de una sanguijuela en las fauces. El examen laringoscópico así nos lo comprobó, viéndose sobre la cuerda vocal izquierda y ocupando todo el largo de la entrada del ventrículo de Morgagni, un cuerpo alargado, negro-vinoso, rodeado y medio cubierto de sangre, la que, en algunos momentos salía del ventrículo en abundancia. Acudí al siguiente día provisto de pinzas de Fauvel para realizar la extracción, pero ya no era necesario, allí donde se vió la sanguijuela, quedaba la cuerda vocal roja y la expuición sanguinolenta había cesado, así como la sensación de cuerpo extraño; pero en la base de la lengua, en el llamado espacio gloso-epiglótico, veíanse dos elevaciones del tamaño de una lenteja que, fácilmente rotas con un estilete, se demostró eran de contenido sanguíneo. Una elevación semejante, pero mucho más pequeña aparecía en la cara posterior de la epiglotis. ¿Había emigrado la sanguijuela y dejado á su paso señales en forma de bolsas sanguíneas producidas por sus ventosas? ¿Se había expulsado en un golpe de tos y luego deglutido? No es fácil determinarlo, la sanguijuela había desaparecido.

He relatado brevemente esta observación, no por aumentar una casuística que en todo caso por numerosa que fuera, sería monótona, sino porque me sirve para edificar una opinión sobre la entrada de la sanguijuela en la laringe. Ahora voy á referir una reciente historia:

Un joven campesino, de Trujillo (Toledo), me consulta á fines del pasado agosto, en la Policlínica de Madrid, acusando desde hace veinte días una serie de síntomas, entre los que resaltaban las hemoptisis, la ronquera, la sensación de un cuerpo extraño en la laringe y, por momentos alguna dificultad respiratoria; fenómenos que hacía datar, desde el momento en que, bebiendo agua de un cántaro de barro, sintió que algo se deslizaba en su garganta.

El examen laringoscópico muestra sangre abundante en el espacio supra-glótico y un cuerpo negruzco que parece como acostado sobre los dos tercios anteriores de la cuerda vocal derecha, que contornea por encima de la comisura anterior y termina en la entrada del ventrículo de Morgagni del lado izquierdo.

Con la experiencia adquirida, apreciamos en seguida el caso en su justo valor, y en la próxima sesión, y previa cocainización, extragi-

mos la sanguijuela, sirviéndonos de las pinzas de Fauvel; maniobra, en verdad, nada difícil, pues es unánime opinión que, de todos los cuerpos extraños, es la sanguijuela el de más fácil extracción. Medía el animalito unos 4 centímetros de largo por medio de ancho.

Siendo de rara observación casos como estos apuntados, no es extraño sea la literatura médica muy pobre sobre la materia, encontrándose tan sólo mencionado el hecho en los mejores tratadistas. De la relación de los casos particulares observados por Ramón de la Sota, Ficano, Leone, Palazzolo, Tsakyroglous y otros, cuya lista acompañamos en la adjunta nota bibliográfica, se desprende la frecuencia con que tal fenómeno se realiza en los países que podemos llamar Mediterráneos: España, Italia, y particularmente Sicilia, Turquía asiática (en Smirna han sido observados los dos casos de Tsakyroglous) y Argelia (casos de Godet y Berthoud), no encontrando mencionado un caso en países que, como Alemania é Inglaterra, poseen, sin embargo, la más rica literatura laringológica.

Siempre la observación recae en campesinos obligados á beber en circunstancias especiales.

El diagnóstico, de una extraordinaria facilidad para el práctico en la laringoscopia, podemos considerarlo muy problemático en otras circunstancias, pues los datos suministrados por el paciente, así como los síntomas objetivos, son poco demostrativos.

El mecanismo por el que la sanguijuela penetra en la laringe no nos parece lo bastante explicado en las relaciones de las historias que hemos consultado. Sabido es que el procedimiento ordinario de penetración de un cuerpo extraño en la laringe es el de la producción de una violenta corriente de aire inspirado, que arrastra la masa depositada en la boca ó las fauces, fenómeno que no tiene lugar fácilmente en el momento de beber agua, por lo que más bien consideramos que la penetración de la sanguijuela se realiza por sus propios movimientos vermiculares, que instintivamente la conducen allí donde los estorbos para su función son menores y permanece al abrigo de toda conmoción, es decir, la laringe. He sido conducido á pensar en tal posibilidad y admitir la emigración de la sanguijuela, por las circunstancias que acompañaron en mi primer caso, es decir, la desaparición de la laringe y los rastros que la función de sus ventosas dejó en el espacio gloso-epiglótico.

Aunque el pronóstico puede admitirse como benigno, sin embargo, no tanto como considera Beniamino Leone, que afirma no conocer caso alguno terminado por la muerte, pues que los casos de Dus-

chek, Lacretel y el de Condorelli terminaron fatalmente por asfixia.

El tratamiento, casi siempre, ha sido el endo-laringeo, sin traqueotomía.

No conocemos procedimiento alguno no quirúrgico; pero de verdad valiera la pena de ser ensayado todo aquello que pudiera originar la muerte del parásito y su expulsión, dado que todos estos casos son observados primeramente por médicos de la práctica rural, para los que comunmente resultan impracticables así el examen laringeo, como la intervención manual.

BIBLIOGRAFIA

Ramón de la Sota: *Revista Médica*, de Sevilla, 1883.

Viens y Nepveu: *Monatsscrift für Ohreheilkunde*, 1884.

Maissurianz: *Petersburger Medicinische Wochensrift*, 1885.

Godet: «Sangsue dans la partie suos-glottique du larynx». *Archiv. de Med. et de Pharm. militaires*, 1887.

Ficano: *Reuue de Laryngolie, d' Ot. et de Rhin.*, 1890.

Leone: «La sanguisuga (Haemopiz vorax) nella laringe». *Bollettino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso*, 1892.

Berthoud: *Archiv. de Med. et de Pharm. militaires*, 1893.

Condorelli: «Mignata et laringe». *Riforma Médica*, 1894.

Palazzolo: *Bollettino delle mal. dell' orecchio*, etc., 1895.

Moucharinski: *Vrastch*, 1896.

Tsakyroglous: *Monatsscrif für Ohrenheilkunde*, 1897.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Curabilidad clínica de algunas cardiopatías.—En los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, publica el Dr. F. Carbonell y Solés, las siguientes ideas acerca de este asunto:

Para los defectos valvulares dependientes de endocarditis padecidas en lejana fecha, que no fueron bastante de momento á producir trastornos de compensación importantes, el pronóstico desfavorable no admite apenas limitación ninguna. La perturbación nutritiva *post-flojística* se acentúa en estos casos progresivamente, y bien por el solo impulso inicial del agente patógeno, bien, además, por el sobreañadido influjo de la edad ú otras causas es-

peciales, llega el punto en que el equilibrio del funcionalismo cardíaco se rompe, y por regla general, ya no cabe reparación duradera. El miocardio ha empezado á ceder, y no porque haya sido sorprendido por un defecto improvisado, sino por incapacidad potencial para neutralizar las condiciones anómalas poco á poco establecidas en el órgano cardíaco. Entonces, los fenómenos secundarios á la falta de compensación, manifiestan gravedad notoria, porque la medicación cardio-motora apenas alcanza á restablecer el equilibrio de una manera falaz, transitoria y, tal vez, hasta perjudicial; se trata de la agonía de un órgano, y por lo tanto, la medicación tónico-excitante no hace más que lo que se observa ocurre en la agonía de los individuos: precipita el desenlace, suelta con violencia los últimos resortes de la vitalidad.

A menudo es un individuo de más de cuarenta años, sin el menor precedente cardiopático, de buena salud habitual si se quiere, que repentinamente en un día de otoño siente opresión é indefinido malestar, que, aun siendo pasajero, deja en su espíritu honda impresión, el convencimiento á veces de estar amenazado de gravísimo peligro. De un modo inexorable van apareciendo las manifestaciones progresivas de una determinada lesión cardio-aórtica fatal. No se observa sucesión entre los mecanismos patogénicos y los trastornos funcionales: entre unos y otros ha intervenido un largo proceso sin resonancia, hasta que el primer síndrome, no estenocárdico, tampoco asmático, si, como éstos, con marcado carácter *mental*, por lo que sobrecoge de espanto, viene á señalar el principio del desequilibrio irremediable de la circulación. Pues bien, de estas cardiopatías las hay incurables.

La clase de cardiopatías que clínicamente pueden ser estudiadas desde el punto de vista concreto de su curabilidad, es la constituída por los individuos que, á poco de sufrir la influencia del agente vulnerante del endocardio, quedan con trastornos circulatorios evidentes y constantes. La cuantía de las lesiones, la edad, las condiciones profesionales, la posición social y un sin fin de circunstancias fortuitas, por razón del sexo (embarazo) ó por otras indeterminadas (enfermedades, etc.), deciden desde luego el porvenir de las cardiopatías de este grupo. La mayoría, niños y adultos, enclenques y vigorosos, suelen presentar las perturbaciones consecutivas al defecto de compensación de las lesiones valvulares que padecen. Algunos mueren al poco tiempo; los demás van mal viviendo meses y años, y el mayor número perecen también por los progresos y perturbaciones secundarias de la afección, pero unos pocos mejoran, y siquiera anatomopatológicamente jamás pueden ser tenidos por curados, logran la curación que puede llamarse clínica, porque el médico queda relevado de intervenir, y por su parte, los pacientes se devuelven á sus ocupaciones sin visible quebranto.

El Dr. Carbonell ha observado dos casos de esta naturaleza. Uno de ellos, joven de veintitrés años, consecutivamente á una pneumonía que padeció hace más de seis años, empezó á presentar: soplo sistólico en la punta del corazón, exageración del sonido que produce el cierre de las sigmoideas pulmonares, aritmia, y no mucho después edemas, disnea y ligera cianosis. Durante más de un año el curso del padecimiento pareció seguir por mal camino dada la persistencia de los edemas en las extremidades y la incapacidad para el menor ejercicio activo; mas con lentitud su estado general mejoró y los edemas desaparecieron: sólo quedó el soplo de primer tiempo, sumamente

rudo, perceptible aun separando el pabellón de la oreja algunos centímetros de la región precordial, y la hipertrofia total del corazón, cuya punta latía por fuera de la línea mamaria, entre el sexto y el séptimo espacio intercostal. En el espacio de dos años ese estado de compensación no varió en lo más mínimo. Al ser llamado al servicio de las armas alegó causa de exención y fué sometido á observación, resultando declarado inútil. Después de esto transcurrió mucho tiempo, quizá dos años, sin tener ocasión para examinar de nuevo á este individuo; supo que continuaba bien, trabajando de su oficio (ebanista), y ya casado últimamente; pero hace poco que sufrió una indisposición ligera y pudo reconocerle y auscultarle con extrema admiración al notar así el vigor general de que alardeaba, como la casi ausencia del soplo sistólico, sustituido por el ruido de *tic-tic* metálico, expresión seguramente de la hipertrofia cardíaca definitiva. Es una cardiopatía clinicamente curada.

La segunda observación se refiere á una mujer de cuarenta y seis años. Refiere que tuvo una grave enfermedad á seguida del último parto ocurrido hace más de ocho años, y desde que convaleció del padecimiento agudo, quedó enferma del corazón. Antes siempre había gozado de buena salud, y en cuanto á los tres partos anteriores, se sucedieron exentos de toda complicación. Cuenta que la enfermedad cardíaca la llevó pronto á tan grave estado que hubo de consultar con varios médicos, los cuales con unanimidad fijaron el diagnóstico de *endocarditis puerperal; insuficiencia aórtica.*

Algún tiempo después, su semblante solo, y más aun la conversación de palabras entrecortadas por las apremiantes inspiraciones, revelaban la perturbación cardíaca. De estatura más que regular, delgada, nerviosa, con rosetas en los pómulos, los labios cárdenos, las carótidas muy movidas, lo mismo que la región del cuello inmediata á la horquilla del esternón, que se abultaba y deprimía de un modo brusco notablemente, y la respiración asimismo tumultuosa, hasta llegar á dificultar la palabra, como sucede á cualquier individuo al pararse jadeante después de larga y violenta carrera. A la inspección de la región precordial se notaba ligera combadura, estremecimiento difuso, y el choque de la punta muy por fuera y por debajo de su punto normal. La palpación hacía atender á la violencia del impulso cardíaco y á la irregularidad de los latidos. La percusión revelaba aumento notable, en todos sentidos, de los límites de la macicez normal. La auscultación casi siempre era de poco provecho; percibíanse esos ruídos que algunos comparan como ilusión al aleteo convulsivo del palomo que es asfixiado, una sucesión de impresiones acústicas irregulares, entre las cuales predomina la de choque extenso contra la pared costal, pero sin soplos, ni limitación de tiempos. El pulso saltón, pequeño y constantemente irregular. Ausencia de edemas, de ascitis y de congestión pulmonar; pero sí honda sensación subjetiva de impotencia, de cansancio extremo al menor movimiento, con frecuentes vahídos y vértigos. En los períodos de verdadera calma cardíaca, logrados por el empleo circunspecto de la digital y la cafeína, la auscultación se hacía más fácil, y en el foco aórtico se apreciaba un soplo bastante prolongado, no sistólico, sino post-sistólico, una vez ya la aorta y demás arterias habíanse dilatado bruscamente. En suma, los datos para el diagnóstico hecho años antes: *insuficiencia aórtica.*

Hubo lugar para que dicho doctor examinase con frecuencia á esta enferma durante unos dos años, en que no dejó de presentar un accidente tras otro.

Unas veces era una epistaxis cuantiosa, que repetía de un modo alarmante si no se la sometía pronto á la digital en infusión, otras eran los ataques asistólicos en extremo aparatosos, y en fin, en una ocasión se trató de embolias múltiples, cerebrales unas, ocasionando manifestaciones hemiplégicas transitorias, y cutáneas otras, hasta el extremo de producir en la región antero-lateral del cuello algún foco de supuración *en frío*, sin ninguna conexión ganglionar. Esta serie de complicaciones obligaron á la paciente á someterse á constante medicación durante el período de tiempo indicado, y con todo esto, persistieron, sin más variación que la de la regularidad del ritmo, los síntomas auscultatorios iniciales. Es de notar que la mayoría de los días, por propia iniciativa, la enferma dejaba de tomar los alimentos ordinarios, sustituyéndolos por la leche á grandes cantidades.

Desvanecidos los trastornos embólicos, que fueron los últimamente observados en los dichos dos años, fué innecesario recurrir tan á menudo á los cardio-tónicos que solía tomar (cafeína y alguna que otra vez la digital). Luego, y siempre poco á poco, se ocupó con mayor asiduidad en los quehaceres de su casa, sin tener que llamarme con la frecuencia que antes y aun sólo para precaverse contra lo que pudiera sobrevenirla. La medicación fué reduciéndose y aun llegó á cesar, porque, aparte de los tónicos del corazón, toleraba mal algunos otros que también estaban indicados, como el ioduro potásico, por ejemplo.

Y en fin, esa enferma llegó á ofrecer un cambio notable. Delgada, como siempre, con sus rosetas en los pómulos, pero sin el tinte cianótico, ni la lividez de los labios, ni la agitación de las carótidas. Sostiene mejor la conversación con voz de timbre más claro ; no se cansa si no es subiendo las escaleras ; no sufre vahídos, y el sueño y el apetito son regulares.

Las líneas pleximétricas del corazón están aumentadas especialmente hacia arriba y hacia la izquierda de los límites fisiológicos. A la auscultación en la punta, desde el primer instante se diferencia una revolución cardíaca de otra, con ritmo perfecto, pero el sonido sistólico es corto y de bajo tono, y el segundo ruído es muy confuso. En el foco de auscultación aórtico no es posible discernir bien lo que es ruído sistólico y lo que es ruído diastólico ; se percibe un solo murmullo bastante largo, sin caracteres de soplo, que termina de un modo brusco, como si fuese el ímpetu final un remedo del ruído de cierre de las sigmoideas. El pulso regular, pequeño : esto después de más de siete años de repetidos accesos de asistolia y de constante insuficiencia cardíaca, aún dentro de los intervalos de la compensación posible de las lesiones valvulares aórticas. La enferma viene desempeñándo sus funciones habituales sin necesitar el auxilio de los medicamentos ; luego, como en el caso precedentemente referido, existe curación clínica de la lesión cardíaca, curación efectiva (aunque suceda á la larga que reaparezca la enfermedad bajo aspecto diferente), porque contrasta con la marcha ordinaria del mayor número de estos enfermos, que suelen ir de mal en peor hasta agotar las últimas energías del miocardio. En éstas, seguramente, radica la posibilidad de que las curaciones que estudiamos se efectúen ; pues si bien en ambas observaciones nuestras, la endocarditis debió de ser aguda é importante, el desequilibrio circulatorio subsiguiente que hiciera perder las esperanzas de alivio, resultaba, más bien que de impotencia absoluta, de la impotencia relativa del miocardio,

cuya acción regular tenía que luchar contra el retroceso de la columna sanguínea imposibilitada de apoyarse en las válvulas puestas en tensión. Y como que ese trastorno en las condiciones mecánicas de la circulación se había establecido en breve tiempo, y las mismas perturbaciones de orden secundario tendían á dificultar los recursos de auto-compensación cardíaca, el desequilibrio pudo persistir por espacio de años, hasta que intervinieron la adaptación del miocardio á desarrollar más considerables energías, por una parte, y por otra, tal vez, la evolución de las propias lesiones inflamatorias valvulares, que con lentitud es sabido que alcanzan en algunos casos á corregir insuficiencias bien marcadas : una ligera estenosis corrige bastante la insuficiencia de las válvulas del mismo orificio.

Si este resultado no es el común, consiste en que, ó bien la lesión endocardíaca perturba poco la mecánica circulatoria y entonces el equilibrio apenas se pierde, pasando la cosa desapercibida hasta que en un día lejano aparece el síndrome irremediable del desfallecimiento cardíaco, ó bien la lesión valvular pone tal obstáculo á las condiciones fisiológicas del circular de la sangre, que la impotencia mioçarditica es absoluta desde el primer instante, ó aun no siéndolo, como en estos dos enfermos no debió serlo, pasa de relativa á absoluta por variadísimas circunstancias que voy á indicar. Unos pacientes, por razón de edad, de enfermedades anteriores ó de procesos de auto-intoxicación, puede que la lesión del endocardio les sobrevenga ya en estado de inminencia morbosa por parte del miocardio, y en tales ocasiones, siquiera el trastorno valvular sea capaz de romper el equilibrio circulatorio sólo por la rapidez de su intervención, la falta de compensación se vuelve absoluta por el rápido rebajamiento de la vitalidad del miocardio. Y otros individuos, por razón de la profesión á que les es necesidad vital dedicarse, una vez salidos de la enfermedad aguda origen del trastorno cardíaco, y también por abusos y desobediencias en el cumplimiento de las reglas de un plan adecuado, á pesar de presentar en principio sólo la insuficiencia cardíaca relativa, acaban asimismo fatalmente. Pocos han de ser, pues, los que logren mejorías como las descritas y entre estos pocos es evidente que han de predominar los individuos jóvenes ó adultos, pero sin huellas de prematura decrepitud ni de enfermedades muy perturbadoras de la nutrición general. Las cardiopatías en la niñez y adolescencia, siempre que se trate de individuos sanos y de cierto vigor, compréndese que deben de ser, en conclusión, las más susceptibles de curación clínica. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de Obstetricia.

Límites de la miomectomía. — El Dr. S. Pozzi (de París): La miomectomía, con conservación del útero, debe tener por límites: 1.°, ser tan útil como las otras operaciones; 2.°, no ser más peligrosas que ellas.

La enucleación tiene indicaciones limitadas:

1.° Si se practica por el abdomen.

a) El volumen considerable es una contraindicación. Un mioma, que llega más arriba del ombligo, no puede ser enucleado por el adelgazamiento del útero, que hace peligrosa esta operación.

b) La existencia de tumores múltiples es una contraindicación, porque sería demasiado largo extirpar tres ó cuatro tumores.

c) La conservación de los ovarios y de las trompas suele ser buena en teoría; pero en la práctica es inútil y hasta perjudicial á causa de las alteraciones frecuentes de los anejos en los casos de fibromas, alteraciones que siguen evolucionando después de la operación.

d) Durante la enucleación por la vía abdominal, está contraindicado dejar el útero si se ha abierto más ó menos extensamente durante la operación la cavidad uterina, interesándose la mucosa cerca del fibroma.

2.° Si se opera por la vagina, á pesar de la sección bilateral del cuello según el procedimiento de Péan, esta operación tiene límites.

a) El volumen: sólo puede hacerse en los tumores del tamaño del puño.

b) El sitio: los del fondo y la cara posterior son más favorables que los de la anterior.

c) La multiplicidad de los fibromas: es verdad que es difícil el diagnóstico de antemano.

d) Las lesiones de los anejos.

Tales son los argumentos que tienden á combatir esta operación antes de practicarse; pero después de practicada, si ha sido larga, el útero puede sangrar, puede infectarse, el cascarón uterino, privado de su resistencia y de sus vasos, puede necrosarse y sobrevenir la muerte.

No soy partidario de la conservación del cuello uterino en la histerectomía abdominal.

Metritis cervicales. — El Dr. S. Pozzi (de París). (Conclusiones):

1.ª La inflamación aguda ó crónica del cuello puede existir durante mucho tiempo aislada y sin invadir el cuerpo del útero.

2.ª En ciertos casos, las lesiones agudas de la mucosa cervical se propagan fácilmente á la del cuerpo, y las lesiones parenquimatosas cervicales crónicas de origen inflamatorio (degeneración esclerosa y escleroquística parcial ó total), influyen con rapidez sobre la nutrición y sobre el estado anatómico de todo el cuerpo uterino.

3.ª La operación de la traquelorrafia es inferior á la resección biconica del cuello, más ó menos modificada según las circunstancias.

4.ª Existen bastantes inflamaciones agudas, subagudas ó crónicas de la mucosa cervical en las multíparas, que dependen de la estrechez del orificio externo y del desagüe insuficiente consecutivo. La parte más importante del tratamiento es reconstituir por la operación de un modo más ó menos durable el cuello del útero.

El Dr. Dœderlein (de Tubinga): Las causas de las enfermedades inflamatorias en los conductos ó cavidades del cuerpo deben buscarse hoy principalmente en la infección microbiana.

Las investigaciones bacteriológicas modernas han demostrado que el orificio externo del útero, forma el límite entre la parte inferior de los órganos genitales que contiene micro-organismos, y la superior que no las contiene.

En el cuello del útero y en su moco hay en general microbios.

Los micro-organismos introducidos natural ó artificialmente durante las investigaciones experimentales, mueren y son destruídos por el moco cervical alcalino.

Gracias á esta cualidad bactericida, el cuello uterino no sólo se proteje contra los microbios, sino que defiende á la vez el útero, las trompas y la cavidad peritoneal de los micro-organismos, que penetran en la vagina y viven en ella.

Entre los parásitos patógenos, gérmenes que penetran en los tejidos sanos y vivos y producen en ellos una inflamación, sólo hay dos especies: el gonococo de Neisser y el bacilo tuberculoso de Koch, que tengan significación etiológica para las metritis cervicales.

La localización de la blenorragia en el cuello es frecuentísima; pero la tuberculosa es muy rara.

Los medios de protección del cuello del útero son impotentes contra los gonococos; los demás gérmenes que penetran con ellos ó después no pueden desarrollarse en el conducto cervical, de modo que no existen las infecciones mixtas.

Las enfermedades tuberculosas, sifilíticas y diftéricas del cuello del útero, son distintas de lo que se llama la metritis cervical.

Si se consideran las metritis cervicales no infecciosas, se ve que las desgarraduras del cuello tienen una gran influencia etiológica, igual que todas las causas y enfermedades que producen la metro endometritis.

La mucosa del cuello está predispuesta á las hiperplasias y á las lesiones de induración y erosivas; la de la porción vaginal, por el contrario, lo está á las alteraciones del epitelio, es decir, á las erosiones papilares y foliculares.

El epitelio pavimentoso es sustituído por otro cilíndrico, con tendencia á la proliferación extraordinaria.

El Dr. Mendes de Leon (de Amsterdam): Las lesiones patológicas del cuello del útero que caracterizan las lesiones de la metritis cervical son, desde el punto de vista clínico, difíciles de separar de las inflamaciones crónicas del cuerpo, y sobre todo de las de la mucosa.

Lo que se designa con el nombre de *erosión*, desempeña un papel importantísimo en la sintomatología de estas alteraciones. Las opiniones divergentes respecto á su origen, pueden dividirse en cuatro grupos principales:

1.° La erosión es considerada como pérdida de substancia; descamación del epitelio pavimentoso en un terreno inflamado, lo que constituye, en realidad, el primer grado de la inflamación (C. Mayer).

2.° La erosión es considerada como una metaplasia del epitelio pavimentoso en epitelio cilíndrico coexistente con una neoformación glandular (Ruge y Veit).

3.° La erosión se considera en parte como un ectropión histológico congénito, y en parte, como una verdadera ulceración del cuello (Fischel).

4.° La erosión es igual al ectropión (Dolèris).

Según la opinión de Dolèris, el ectropión es propiamente dicho un punto denudado de epitelio. La presencia del epitelio cilíndrico no prueba en modo alguno la metaplasia, sino la evidencia de un ectropión de la mucosa. Si se encuentran debajo glándulas, deben considerarse como cervicales y no como neoformaciones, según suponen Ruge y Veit.

Desde el punto de vista clínico, esta cuestión sólo tiene un interés secundario para el ginecólogo, á menos que los fenómenos coexistentes hagan sospechar la existencia de una neoformación maligna, en cuyo caso la significación clínica es más importante. En contra de la opinión de ciertos autores, que sólo hablan de metritis cuando la enfermedad se ha desarrollado bajo la influencia de micro-organismos, pueden distinguirse dos formas de proceso inflamatorio del útero: la bactérica y la no bactérica.

Esta distinción tendrá un gran valor práctico en los casos concretos; pero á causa de la imposibilidad casi absoluta de describir la etiología de las formas crónicas, es más racional juzgar por el síndrome clínico (anamnesis, anatomía patológica), si se trata de una endometritis catarral propiamente dicha ó de una pseudo-endometritis (hipertrofia, hiperplasia). La forma catarral se caracteriza, desde el punto de vista anatomo-patológico, por la presencia de leucocitos en el estroma; la pseudo-endometritis se distingue por la proliferación glandular exuberante y por el aumento del estroma, mientras que en la atrofia de la mucosa, ésta se compone casi exclusivamente de tejido conjuntivo atrofiado.

La sintomatología de la metritis de los autores franceses concuerda por completo con la de la endometritis, que es el nombre más apropiado, porque sólo en las afecciones blenorrágicas y sépticas del útero, el proceso inflamatorio penetra hasta el tejido muscular.

En la etiología de las afecciones no infecciosas del endometrio, se ve la influencia previa de una hiperemia de larga duración, pasiva ó activa, del aparato genital, por ejemplo, la debida al cansancio ó la costumbre de tomar baños fríos durante las épocas menstruales, al estreñimiento crónico, al coitus reservatus, al onanismo, á la subinvolución post-partum ó post-abortum, etc.

Cuanto á las inflamaciones infecciosas, sépticas ó específicas del útero, es preciso buscar su origen en las bacterias de todas clases, cuya presencia en la parte inferior del conducto genital se ha demostrado aun en las mujeres sanas. Figura en primer término la endometritis puerperal, en la que la entrada de la cavidad uterina está ensanchada, lo que facilita la invasión de los microbios, y además la superficie interna del órgano se halla acribillada de heridas, los vasos linfáticos y sanguíneos rotos, todo lo cual favorece el desarrollo de los microbios. En el útero no puerperal, una enfermedad inflamatoria puede desarrollarse cuando una lesión cualquiera del endometrio coexiste con la invasión de los gérmenes piógenos; ciertas bacterias específicas, los gonococos, los bacilos tuberculosos, sifilíticos ó diftéricos, son suficientes por sí solos para inflamar la mucosa intacta.

La mayor parte de estos agentes, combinados ó no con trastornos circulatorios, pueden provocar el síndrome de la metritis cervical.

Queda por averiguar si los síntomas de que hablamos se limitan estrictamente al cuello. Es poco probable que un proceso inflamatorio, desarrollado en un órgano cubierto completamente de mucosa y en contacto continuo con toda clase de agentes nocivos, se detenga ante un límite tan fácil de franquear como el orificio interno; límite de valor anatómico y topográfico, pero no clínico. Los fenómenos clínicos y la anatomía patológica, han demostrado que las afecciones parciales de la mucosa uterina deben incluirse entre los casos excepcionales.

El tratamiento de la metritis cervical, ha sido causa de muchas discusiones. Es raro que haya indicaciones para el tratamiento exclusivo del cuello, aunque la técnica de este tratamiento se ha discutido vivamente. Aun en los casos acentuados de catarro cervical con ectropión importante, en los que la terapéutica quirúrgica se considera indispensable, la mayoría de los autores recomiendan el raspado previo. En general, la indicación para este tratamiento existe en realidad, porque la mucosa del cuerpo está casi siempre afectada á la vez.

Me parece irracional, después de un tratamiento tópico de larga duración, ineficaz para curar la leucorrea purulenta rebelde, que vaya acompañada ó no de erosiones y de ectropión, considerar indicada la amputación del cuello antes de comprobar el estado de la mucosa del cuerpo, porque si ésta se halla afectada, como acontece de ordinario, el raspado está indicado y es más útil que la operación mutiladora.

Terapéutica quirúrgica del prolapso útero-vaginal. — El Dr. F. Terrier (de París): El descenso del útero, con ó sin cistocele y rectocele, forma, como dice Trélat, un conjunto de lesiones bastante características y que justifican la intervención quirúrgica. Pozzi dice que en tales casos suele haber hipertrofia y prolongación del cuello uterino.

Existen varias categorías:

1.ª La procidencia de la vagina sola, que se subdivide en cistocele y en rectocele;

2.ª La procidencia de la vagina, con prolapso uterino y prolongación hipertrófica, primitiva ó secundaria, de la porción supravaginal del cuello;

3.ª Procidencia del útero y de la vagina sin hipertrofia del cuello.

Los accidentes del prolapso genital de la mujer, no se limitan siempre á

éste. Muchas veces se observa en el útero, y más á menudo en los anejos, lesiones que complican de una manera notable la situación y se oponen á la curación.

El tratamiento quirúrgico es preferible al paliativo por los pesarios; éste no sólo no es paliativo, sino que agrava la situación de las enfermas.

El objeto del cirujano debe ser:

1.° Dar á los órganos prolabiados un punto de apoyo vaginal, vulvar y perineal;

2.° Elevar y mantener elevado el útero;

3.° Practicar hasta la ablación parcial ó total del útero prolabiado (histerectomía).

Manifestaremos respecto á este particular, que la hipertrofia supravaginal del cuello no necesita tan á menudo como se cree la ablación de este.

El cirujano que se propone tratar un prolapso vaginal de la mujer, principia por procurarse un punto de apoyo inferior, interviniendo sobre el cuello, las paredes vaginales y el periné.

Se practica la ablación supravaginal del cuello, si es necesario, por la colpoperineorrafia, por los diversos procedimientos de Hegar, Martín, Lawson-Tait, etc.

El procedimiento utilizado depende principalmente de las preferencias individuales.

Los resultados obtenidos no son siempre excelentes, y Lefort aconseja el tabicamiento de la vagina para combatir el prolapso útero-vaginal. Este método no ha tenido muchos imitadores, pero prueba que se ha procurado perfeccionar los procedimientos conocidos y generalizados. Si el punto de apoyo inferior mantiene las partes, el cirujano puede darse por satisfecho y limitar á esto su plan operatorio. Pero este punto de apoyo es insuficiente, sobre todo cuando el prolapso va acompañado de hipertrofia del cuello, de desviación más ó menos inmovilizada por adherencias, de lesiones periuterinas y de los anejos, que ocasiona con facilidad la metritis concomitante del prolapso. En estos casos, es preciso elevar y sostener el útero. Creemos preferible para éste la gastro-histeropexia, en contra de la opinión de Pozzi.

Cuando se practica sola, no creemos que sea suficiente en muchos casos, pero combinada con las operaciones plásticas del cuello, de la vagina y del periné, produce resultados excelentes.

El primer tiempo de nuestra operación, es la laparotomía exploradora supra-pubiana, para descubrir las adherencias, etc. La laparotomía es seguida de histeropexia abdominal. La enferma debe permanecer en cama tres semanas, con lo que disminuye el volumen del útero.

Esta primera operación no suele ser suficiente, y es preciso recurrir á la operación plástica vagino-perineal. Lo que puede evitarse muchas veces, es la resección supra-vaginal del cuello, secundaria casi siempre al prolapso.

En resumen, en todo prolapso utero-vaginal aconsejamos para obtener un buen resultado persistente:

1.° La laparotomía exploradora —que permite el examen de la pelvis, del útero y de sus anejos—seguido de histeropexia abdominal anterior;

2.° La colpo-perineorrafia anterior ó posterior, con perineorrafia, como

operación necesaria ulterior para mantener el resultado primitivo obtenido por la fijación del útero á la pared abdominal anterior.

Tratamiento de las retro-desviaciones y del prolapso del útero por la operación de Alquier-Alexander Adams.—El Dr. Eberlin (de Moscou): Fundándome en las observaciones ajenas y en las mías, me permito formular las conclusiones siguientes:

1.ª De todos los métodos operatorios empleados para el tratamiento de las retro-desviaciones móviles del útero, el acortamiento de los ligamentos redondos á través del conducto inguinal, es el más racional porque es el menos peligroso, y á la vez corrige con seguridad la desviación;

2.ª La operación es eficaz siempre que se emplee la técnica exacta;

3.ª La única vía segura para llegar al ligamento redondo, es descubrir el conducto inguinal;

4.ª La operación no origina complicación alguna ni se opone á los embarazos ni á los partos ulteriores;

5.ª Cuando se ha tenido cuidado de reunir metódicamente en la herida las capas superficiales, no hay peligro de que se forme una hernia;

6.ª La separación minuciosa del ligamento redondo del cono peritoneal en el orificio interno del conducto inguinal, es importantísima para asegurar el éxito operatorio y evitar la formación de la hernia.

Procedimiento de histeropexia abdominal mediata para la cura de la retrodesviación uterina.—El Dr. Spinelli (de Nápoles): La operación está indicada en las retroversiones adherentes ó en las complicadas con lesiones de los anejos. El procedimiento comprende los tiempos siguientes:

Posición de Trendelenburg.

1.° Laparotomía media, rotura de las adherencias uterinas, tratamiento racional de las lesiones de los anejos. Los ligamentos redondos se seccionan entre dos ligaduras de catgut, á unos 6 centímetros del útero; la porción adherente á los anillos inguinales, se sutura á los ligamentos redondos;

2.° La porción de los ligamentos redondos adherentes al útero, se dobla sobre la cara anterior de éste; los dos muñones se cosen sobre la cara uterina anterior con una misma sutura á punto por encima;

3.° El pedículo funículo-peritoneal se sutura con seda al peritoneo parietal y á la capa músculo-aponeurótica. Sutura de la pared abdominal en tres planos.

El útero después de la operación se encuentra en anteversión yuxta-parietal, de manera que es casi imposible que penetre entre él y la pared del abdomen un asa intestinal, lo que disminuye notablemente el peligro de la estrangulación.

Por la fijación del pedículo á 3 centímetros del pubis, se deja un espacio útil para la expansión de la vejiga en el hipogastrio.

Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos en el tratamiento de las retro-desviaciones uterinas.—El Dr. E. Schwartz (de París): El acortamiento intra-peritoneal de los ligamentos redondos, es indudablemente la intervención más seductora desde el punto de vista fisiológico. Consiste, después de la laparotomía en la posición de Trendelenburg, en doblar los ligamentos redondos después de enderezar el útero y en suturar el punto

doblado de modo que persista el acortamiento. Permite las operaciones conservadoras sobre los anejos enfermos y consideramos este método como el electivo.

Tratamiento de los prolapsos genitales por la suspensión del útero y de la vejiga de la pared abdominal.—El Dr. Doléris (de París): En las retro-desviaciones móviles recientes, el pesario suele producir buenos resultados. Son más útiles después del parto, mientras dura el período de involución.

Cuando son más tardías, curan peor por el pesario y suelen necesitar una operación.

Si se complican con cervicitis crónica, anexitis, adherencias, desgarraduras del periné, la intervención quirúrgica se impone siempre contra las lesiones añadidas á la desviación. Antes de operar la, ó las complicaciones, es preciso tener en cuenta un elemento patológico importante: la desviación. De aquí la necesidad de operaciones múltiples asociadas.

La existencia de adherencias uterinas ó de anexitis, hace precisa la abertura del abdomen. Estas lesiones suelen curar con el tratamiento conservador, la reducción del útero (y su sostenimiento en posición normal) es el complemento operatorio necesario.

Desde el punto de vista de la técnica, es preciso fundarse en la restitución de los agentes fisiológicos á su estado normal. El ligamento redondo tiene una importancia preponderante en la retrodesviación. Creo que su acortamiento por la vía inguinal es utilísimo en las retrodesviaciones móviles, ó que van acompañadas de complicaciones que no exigen la laparotomía.

En los casos que la exigen, el acortamiento de los ligamentos redondos produce buenos resultados como operación intra-abdominal. Empleo mi método de fijación parietal en el ángulo inferior de la herida al borde superior del pubis sin resecar la porción externa de los ligamentos. Este método tiene las dos ventajas siguientes:

1.ª Dejar entre el útero y la pared abdominal un pedículo muscular elástico y ostensible, susceptible de prolongación durante el embarazo;

2.ª Suprimir la inserción inguinal debilitada y adelgazada del ligamento redondo por la fijación de otra parte sólida y resistente del mismo ligamento.

Los procedimientos de fijación vaginal del útero son ilógicos y antifisiológicos.

Nuevo tratamiento del prolapso del útero. — El Dr. J. Inglis Parsons (de Londres): El principio de este tratamiento es estimular el tejido celular de los ligamentos anchos en condiciones antisépticas, de modo que los tejidos se formen de igual manera que en las demás partes del cuerpo.

El cirujano, por la inyección de una disolución de quinina ó de otro líquido cualquiera, provoca la formación de linfa, la naturaleza se encarga del resto, sigue la reorganización y los ligamentos se hacen más fuertes para sostener el útero.

La operación consiste en introducir una aguja delgada á través de las paredes de la vagina hasta la mitad de la parte baja de los ligamentos anchos é inyectar allí una disolución de sulfato de quinina.

Durante algunos días es preciso aplicar un pesario para sostener el útero.

No es indispensable emplear un anestésico, pero puede recurrirse á él, aunque la operación no dura más que algunos minutos.

La enferma permanecerá en el lecho cuatro á ocho semanas, según la gravedad del caso, hasta la reorganización completa.

Basta de ordinario una inyección, pero en los casos antiguos es preciso hacer dos y hasta tres.

Este tratamiento se emplea en enfermas de veinte á setenta años, no dificulta el embarazo y produce buenos resultados.

Tratamiento quirúrgico conservador de la inversión uterina crónica. — El doctor Spinelli (de Nápoles): Para la reducción quirúrgica cruenta de un útero cróicamente invertido, pueden elegirse dos vías: la abdominal y la vaginal.

La primera comprende los procedimientos de Thomas y de Everque; la segunda los de Küstner y Kehrer.

El procedimiento de Thomas es poco á propósito para la reducción del órgano. El de Everque es supérfluo. Los de Küstner y Kehrer merecen ser abandonados.

Los procedimientos de colpo-histerotomía interior y posterior modificados, son, por el contrario, utilísimos para la reducción y reposición del útero.

A la colpo-histerotomía posterior, puede hacerse la objeción siguiente: en la inversión crónica el ángulo de inversión está adelgazado; los ligamentos anchos, estirados é invaginados en el saco, concluyen por perder toda función mecanico-dinámica para la estática uterina; por la sutura del útero la pared posterior es más pesada y la retrodesviación se hace inevitable.

El procedimiento de la colpo-histerotomía anterior, tal como la aconsejo, no predispone á la retrodesviación, y tiene la ventaja de reducir y reponer fácilmente el útero en debida posición.

Cistopexia indirecta por acortamiento de la aponeurosis umbílico-pelviana. — El Dr. P. Petit (de París): La aponeurosis, llamada por Delbet umbilico-vesical, y que prefiero llamar umbilico-pelviana, porque es posible seguirla en toda la extensión de la pelvis menor, resulta de la condensación del tejido celular subperitoneal. Nace cerca del ombligo, delante del peritoneo y del uraco, y desciende entre las dos arterias umbilicales para rodear la parte infra-diafragmática de las vísceras pelvianas y sus vasos. Al llegar á la vejiga se divide en dos hojas: la superficial que cubre la cara postero-superior del órgano; la profunda que cubre su cara antero-inferior y el segmento extravaginal de su cara postero-inferior.

Para descubrir la aponeurosis, es preciso incindir la vaina de los músculos rectos, separar su borde, aislar y desprender en lo posible la aponeurosis propia. Para separarla del peritoneo, es necesario principiar por hacer una incisión corta á lo largo, y por dentro de una de las arterias umbilicales, y aprovechar el relieve de la arteria para introducir por esta brecha una sonda acanalada que facilita el desprendimiento. Hecho esto se incinde la aponeurosis.

1.° Transversalmente entre las dos arterias umbilicales, y á poca distancia de la extremidad superior, dividiendo á la vez el uraco cuya extremidad inferior se sujeta con una pinza; después de arriba á abajo por dentro de las arterias umbilicales casi hasta la espina del pubis.

Se aisla así, entre las dos arterias umbilicales, un colgajo, tanto más grueso, cuanto más se aproxima á la vejiga y que se divide al llegar á ella para rodearla.

Tirando de este colgajo por medio de pinzas fijas en él, se eleva á la vez el cuerno vesical. Si se fija el colgajo, este cuerno puede elevarse lo que se desee.

Para esta vesico-fijación indirecta: Varias asas de catgut superpuestas estrechan perpendicularmente á su longitud el colgajo, cuya parte más resistente está representada por el uraco; después cada uno de los dos cabos de cada asa se enfila á derecha é izquierda:

1.° A través del labio externo de la incisión de la aponeurosis pasando:

a) Por dentro de la arteria umbilical en la parte baja de la incisión;

b) Por detrás y luego por fuera de la arteria umbilical en la parte alta de la incisión.

2.° A través del músculo recto y las dos hojas de su vaina. Una vez apretadas las asas de catgut que rodean el colgajo, le transforman en un cordón cuyo centro es el uraco normal, formando una especie de uraco reforzado y muy sólido, que se acorta seccionando toda la parte que excede de la incisión transversal y superior de la aponeurosis.

Lawson ha descrito un procedimiento análogo de colgajo peritoneal, que comprende á la vez el peritoneo y la aponeurosis umbilico pelviana. Tiene sobre el mío la ventaja de ser más rápido. Puede emplearse en las mujeres gruesas, en las que la aponeurosis umbilico-vesical es menos resistente, pero creo que el acortamiento de ésta responde mejor á las condiciones fisiológicas, y evita abrir el peritoneo.

Estos dos procedimientos tienen sobre el acortamiento de los ligamentos redondos, la ventaja de reconstituir y reforzar los agentes normales de suspensión, de colocar los órganos en su sitio debido, sin tomar un punto de apoyo anormal sobre su pared. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesiones de los días 11 *y* 25 *de Mayo de* 1900.

Carcinoma del colon descendente.—El Dr. Steffeck presenta un tumor que hace pocos días extirpó á una joven de diecinueve años que le había consultado medio año atrás por ligeras molestias en el bajo vientre. En la exploración se encontró delante del útero un tumor duro y móvil, del volumen de un huevo de gallina, diagnosticándose un dermoide. Se hizo la colpotomía anterior, encontrándose sanos ambos ovarios; las molestias no parecían bastante graves para indicar la laparotomía. Hace cinco semanas la paciente enfermó con síntomas de íleo, habiendo durante diez días coprémesis, que cesó después de numerosas evacuaciones obtenidas con copiosos enemas; al mismo tiempo salió un pedazo de tejido del grosor de un dedo, demostrando el microscopio que se trataba de un carcinoma. Hecha la laparotomía, se descubrió en el colon descendente un tumor, del volumen de un puño, íntimamente adherido á la vejiga y al intestino delgado, que hubo de lesionarse durante el desprendimiento dificultoso de las firmes adherencias, suturán-

dose luego las lesiones producidas. El tumor fué sacado del abdomen, se cerró la incisión provisionalmente, se cogió el colon por arriba y por abajo del carcinoma con pinzas, y se extirpó el tumor mediante la resección de unos 15 centímetros del colon. Suturado el mesenterio se juntaron los cabos del colon, adaptando circularmente las túnicas muscular y serosa con suturas de seda y aplicando encima una sutura de Lembert. Por ambos lados de la sutura se estableció el desagüe con gasa iodoformada, y se cerró la incisión abdominal hasta el ángulo inferior. Convalecencia sin novedad; al tercer día salieron flatuosidades y al noveno hubo defecación espontánea.

El Dr. Czempin aconseja arrollar las pinzas con una gruesa capa de gasa para prevenir toda lesión del intestino al cogerlo.

Utero en el tercer mes del embarazo. — El Dr. Gebhard presenta un útero extirpado por carcinoma de la porción vaginal, hallándose en el tercer mes del embarazo, y que ofrece la particularidad de que la formación de la caduca no se limita á la parte desplegada del cuerpo, sino que parece descender hasta el interior del conducto cervical. Gebhard, que explica este fenómeno por el hecho de que no se ha desplegado aún todo el segmento inferior del cuerpo uterino, y que, efectivamente, el orificio interno se halla en el linde, entre la caduca y la mucosa cervical.

El Dr. Gottschalk hace constar que la dilatación de la cavidad uterina durante los primeros tres meses estriba esencialmente en el crecimiento activo de las paredes bajo el influjo de la hiperemia activa de la preñez, y mucho menos en una distensión por parte del tierno óvulo que aún no llena la cavidad.

El Dr. C. Ruge se adhiere plenamente á las explicaciones del Dr. Gebhard, diciendo que hasta ahora no queda demostrada la conversión de la mucosa cervical en caduca ni la de la porción superior del cuello en segmento inferior del cuerpo uterino. La demostración de Gebhard habla á favor de la opinión de Veit sobre el segmento inferior.

Hernias de canal de puntura.— El Dr. Bröse presenta á una mujer que por enfermedad de anexos había sufrido la laparotomía en 1892 y 1893, y ahora tiene en el extremo inferior de la cicatriz abdominal tres de las llamadas hernias de canal de puntura. Las hernias de esta clase resultan únicamente en los casos en que la incisión abdominal no se cierra mediante una sutura de pisos, sino con las llamadas suturas en masa, que contraen todas las capas de la pared abdominal mediante una sola hilera de suturas, aunque no haya infección; estas hernias se producen porque las suturas cortan los tejidos, debiendo hacerse muy tirantes para juntar las diversas capas de la pared abdominal.

Esto se conoce en la piel externa por las grandes cicatrices que muchas veces quedan después de tales suturas. Pero también las capas más profundas, sobre todo las aponeurosis, pueden cortarse, y entonces resultan las hernias de puntura, que son imposibles en las suturas por capas. No es fácil remediarlas con la operación, sobre todo si son múltiples. Siguiendo el orificio herniario un curso transversal, debe cerrarse por medio de suturas profundas de arriba á abajo; si hay varias hernias, como sucede á menudo, se prolonga mucho la operación. Durante la convalecencia, las operadas deben permanecer sentadas en la cama para prevenir la tirantez. En el caso

presente no se ven más que hernias de puntura, siendo intachable la cicatriz de la incisión, que ambas veces curó por primera intención.

Lisoformo. — El Dr. Strassmann presenta una muestra del lisoformo preparado por el Dr. Stephan, y que representa la formalina en una modificación apropiada para la desinfección de las manos y fines médicos. Bien conocido es el valor de la formalina para la desinfección de las habitaciones, la preparación del catgut y la conservación de preparaciones. Pero había el inconveniente de su propiedad endurecedora y su olor picante, que exigían precauciones especiales en su uso. El lisoformo, siendo un jabón suave, se maneja bien: da espuma, y así sustituye al jabón y las grasas en la exploración. Su reacción es muy poco alcalina, y su disolución acuosa ó alcohólica puede hacerse en cualquier proporción. Conserva un débil olor á formol, bien disfrazado por una adición aromática. En agua ordinaria, conteniendo cal, resulta una disolución algo turbia; pero esto no impide la eficacia del lisoformo, que por lo demás puede aplicarse puro á la piel. Según los experimentos en el laboratorio del profesor Koch, el efecto desinfectante no llega á ser el del sublimado, y para la desinfección de las manos deben tomarse disoluciones de 2 á 3 por 100; para irrigaciones vaginales basta 1 por 100; pero como no ataca la piel, pueden emplearse concentraciones mayores.

Las investigaciones toxicológicas en animales, han demostrado que el lisoformo no es venenoso. Durante el verano de 1899, el lisoformo se empleó como único desinfectante en la Policlínica tocológica, verificándose bajo su empleo 47 aplicaciones de forceps, 20 versiones sencillas, 7 combinadas en casos de placenta previa, 9 desimplantaciones manuales, 3 extracciones de restos de secundinas, 5 perforaciones en las cuales la disolución al 1 por 100 se mostró propia también para el lavado de la cabeza, manteniendo las partes maternas enjabonadas y lubrificadas y un gran número de extracciones, suturas del periné y abortos. Ni una sola defunción por infección, sólo una afección puerperal en una paciente que ingresó con timpanitis uterina y temperatura 39°,4. Durante el semestre del invierno de 1899 á 1900, se empleó el lisoformo también en la Policlínica ginecológica para la desinfección de las manos, las irrigaciones vaginales y uterinas, etc. Sólo el uso frecuente de disoluciones concentradas ó de lisoformo puro, produce alguna dureza de la piel; para el uso corriente deben preferirse las disoluciones débiles, pudiéndose emplear también las disoluciones alcohólicas (al 2 ó 3 por 100) que probablemente tendrán aún más eficacia bactericida que las acuosas.

El lisoformo mantiene la vagina blanda y lúbrica, lo que es importante antes de las operaciones, no siendo de temer cauterizaciones ni envenenamientos por el uso casual de excesiva concentración; no hay inconveniente en confiar á la paciente misma la substancia y su aplicación El carácter *inodoro* del lisoformo recomienda su uso en los casos en que los remedios fétidos (lisol, fenol, iodoformo), revelando la enfermedad, perjudicarían á los pacientes (empleados de comercio, etc.). También puede servir para los lavados regulares de las prostitutas: no corroe ni mancha la ropa. Hasta para lavados de la vejiga puede emplearse el lisoformo en disoluciones al medio ó 1 por 100, tomando las sondas directamente de la disolución; la uretra masculina las tolera perfectamente por su lubricidad y los instrumentos no sufren.

Así, pues, el lisoformo puede considerarse como un enriquecimiento del arsenal medicamentoso de la ginecología y obstetricia y acaso de otros ramos de la medicina; el precio es el mismo que el del lisol.

(*Centralblatt für Gynakologie*).—G. SENTIÑÓN.

SOCIEDAD OBSTETRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 17 *de Mayo de* 1900.

Historia del tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos.—El Dr. Kakushkin distingue dos períodos principales en la historia de los fibromiomas. El primero abarca los tiempos prehistéricos, el tiempo antes de Jesucristo y más de diecisiete siglos después, y se caracteriza por casi completa ausencia de nociones exactas acerca del fibromioma y de métodos adecuados para tratarlo. El segundo período que comprende los últimos seis ó siete decenios, encierra todos los adelantos que actualmente vemos en el campo de la ginecología. El primer período del cual podemos juzgar tan sólo sobre la base de fuentes impresas, puede llamarse literario; el segundo observado por la generación actual personalmente, y apreciado por los datos contemporáneos de la ciencia, es el período científico de la historia de este asunto.

Cada uno de estos períodos puede subdividirse en varias épocas. Así, en en el primero, distinguimos la época prehistórica hasta el tiempo de Hipócrates que ha dejado documentos escasos, con respecto á los fibromiomas que permiten conclusiones, tan sólo fundadas en la analogía y los conocimientos etnográficos. La segunda época, la de Hipocrates, Sorano y Pablo de Egina es la más importante de las del primer período, habiéndonos conservado gran número de documentos literarios; en ella la parte clínica puramente práctica del conocimiento de los fibromiomas, alcanzó ya cierta altura. La tercera época es de decadencia, del reinado de la escuela árabe: en ella, la medicina había olvidado, por una serie de siglos, todo lo que había adquirido antes. La cuarta época corresponde al tiempo de la regeneración general de las ciencias y artes; ocupa el siglo XVII y parte del XVIII, y se distingue por la falta de correspondencia entre los rápidos adelantos de los conocimientos anatómicos y la marcha lenta y ensanchamiento de la experiencia clínica. Sólo el final del XVIII y principio del XIX, despertaron del sueño la clínica ginecológica, y prepararon el terreno para un tratamiento adecuado de los fibromiomas uterinos. Esta es la quinta época de transición preparatoria y última del período primero. En el segundo, que empieza principalmente con el quinto decenio del presente siglo, el rápido desarrollo de la cuestión del tratamiento de los fibromiomas, fué debido á los conocimientos positivos conseguidos mediante el microscopio. Hay que distinguir dos épocas: la prelisteriana y la de la cirugía antiséptica y aséptica. En la primera, el tratamiento adecuado de los fibromiomas, en el concepto teórico, daba prácticamente resultados poco satisfactorios, y obligaba al mundo ginecológico, ignorando la esencia de la cosa, á oscilar entre los medicamen-

tos empíricos recomendados para combatir los fibromiomas. La segunda época, gracias al descubrimiento de la causa de las afecciones post-operatorias, se señaló por sorprendentes resultados del tratamiento quirúrgico de los fibromiomas que no han cesado de perfeccionarse hoy. A igual paso, con estos adelantos desarrolláronse y continúan desarrollándose nuestros conocimientos acerca de la naturaleza de los mencionados tumores; del desarrollo ulterior de estos conocimientos dependerá del todo el rumbo futuro de la intervención médica en la mencionada afección.

(*Vrach.*)—G. SENTIÑÓN.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la viruela por medio del salol. — Los Dres. Biernacki y Napier Jones, aconsejan en el *British med. Journ.* el empleo del salol en la viruela. Según el Dr. Charles Begg, el salol es capaz de detener el desarrollo del exantema en el período vesiculoso y que no se presenten más que muy pocas pústulas si se administra el salol á la dosis diaria de 4 gramos; además, se consigue con este medicamento calmar la irritación de la piel. Si el salol impide la formación de pústulas, es de esperar que también se combatirá con el salol la fiebre secundaria ó de supuración. La escasa formación de pústulas tiene también la ventaja de que no quedan cicatrices tan extensas.

Los Dres. Biernacki y Napier Jones, que han empleado este tratamiento en un gran número de casos de viruela, han visto que, en efecto, se evita con dicho medicamento la supuración general y se abrevia á veces la duración de la enfermedad si el salol se administra poco después de iniciada la supuración. Esta se evita casi de un modo infalible dando de 0'7 á 1'0 de salol cada cuatro horas. La inflamación cutánea es muy ligera y falta el picor aun en los casos de viruela confluente. Nunca se observa mal olor y la formación de cicatrices es insignificante, y en muchos casos nula. El efecto más notable es el que se produce sobre la fiebre. Hay que cuidar de que la diuresis se sostenga bien.—(*British med. Journ.*).—R. DEL VALLE.

Embarazo ignorado. — Al caso referido por Brouardel de una madre de tres hijos que ignoraba su nueva preñez, el Dr. Damian Viaziz, de Antíparo, añade el de una mujer de cuarenta y cinco años, que había tenido nueve hijos, volviendo la menstruación cada vez á los seis meses, menos después del noveno; la falta se atribuyó á la menopausia y el abultamiento del vientre en el segundo año después del último parto, se explicó por gordura natural. En octubre de 1891, tuvo intensos dolores en el hipogastrio, pero pasaron sin intervención del médico; un mes después volvieron tan fuertes que la mujer tuvo que abandonar el trabajo agrícola y consultar á Viaziz. La sospecha de embarazo fué declarada ridícula por la mujer, pero la exploración digital la confirmó, y en efecto, al cabo de una hora dió á luz una niña de término, muerta, con varias lesiones de la cabeza; al día siguiente, Viaziz y su comprofesor Venieris, fueron llamados para extraer la

placenta. No volvió la menstruación y sí la obesidad; el 17 de enero de 1893, tuvo cólico, se sentó en el orinal y dió á luz con gran asombro suyo y de su familia, una niña bien desarrollada; por desgracia, la placenta no siguió, y la pobre murió de hemorragia interna en dos horas, antes que llegara socorro médico.

El Dr. Varlamides, de Volo, comunica otro caso de una multípara que no se dió cuenta de su nuevo embarazo hasta que sobrevino el parto.

(*Iatriki Próodos*).—G. Sentiñón.

Kryofina. — Esta preparación, obtenida por Bichler, se ha ensayado en la Clínica del profesor Eichhorst. La kryofina es el metilglicolato de fenetidina. Es un polvo cristalino, blanco, inodoro, insípido, soluble en agua y de sabor amargo en disolución concentrada. En la Clínica de Eichhorst se ha empleado en sellos á la dosis de medio gramo. Según este Profesor la kryofina es un antipirético de acción segura, y que hasta ahora no ha producido efectos funestos. En ciertos enfermos el descenso térmico fué acompañado de sudor abundante y en algunos de cianosis. Se ha observado que bajo la influencia de este medicamento la presión sanguínea se eleva y el pulso hiperdicroto se hace completamente dícroto. La kryofina posee además propiedades analgésicas y ha producido buenos resultados en la ciática y en la polineuritis alcohólica, en cuyo caso se administró tres veces al día, á la dosis de 50 centígramos. En el reumatismo articular agudo y crónico sus efectos han sido menos notables. — (*La Med. Moderne*). — F. Toledo.

Un caso de noma tratado con éxito por medio de la luz roja. — El Dr. Ssokolow refiere que una niña de cuatro años ingresó en el hospital presentando en la parte inferior del carrillo derecho una úlcera, del tamaño de medio duro, que había puesto al descubierto el maxilar inferior: por debajo del borde de este hueso existía una superficie necrosada que daba muy mal olor. Los bordes de la úlcera estaban hinchados y por la abertura de la misma salía una gran cantidad de un líquido pestilente. El autor colocó una lámpara eléctrica de incandescencia y de color rojo á una distancia de 15 centímetros de la úlcera durante media hora una vez al día, y posteriormente durante una ó dos horas y dos ó tres veces al día. En los intervalos polvoreaba la herida con ácido bórico, y la cubría con algodón en rama y con un trozo de franela roja. A las siete ú ocho sesiones había desaparecido el mal olor, se desprendieron los trozos necrosados y comenzaron la herida á cubrirse de granulaciones y los bordes de la misma á adherirse al fondo. Las partes necrosadas de la mandíbula inferior, parte se desprendieron por sí mismas, y parte fueron extraídas por medio de pinzas fuertes. En dos meses disminuyó de tal modo la superficie de la herida, que sólo permitía el paso de una pluma de ganso. La niña, durante el tratamiento, aumentó de peso dos libras y media.

El autor explica los efectos favorables de la luz roja por el hecho de que quedan excluídos los rayos químicos del espectro.

(*Wratsch*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONFUSIÓN MENTAL

POR EL

DOCTOR DON VICENTE OTS Y ESQUERDO

Médico-Director del Manicomio provincial de Vizcaya en Bermeo.

El prurito innovador progresivo que aguijonea constantemente á los mentalistas dedicados á la observación científica del loco, renueva, modifica y transforma de tal modo el edificio frenopático, que á menudo el clínico más experto vése obligado á suspender su juicio, á repasar sus notas clínicas y á aguzar algo más la observación ante la creación de una nueva especie psicopática, temiendo haber pecado de ligero en la interpretación de los síndromes hasta entonces observados, pasando por alto desapercibidas entidades psicopáticas, efectivas y tangibles, ó pensando también que la nueva creación obedece sólo á la sistemática especialización de particularidades sintomáticas, comunes á varias vesanias elevadas á la categoría de entidades morbosas, por el estrecho é intransigente criterio de un reputado clínico.

Ambos conceptos, entendemos pueden aplicarse perfectamente á la afección presentada por el enfermo que motiva la presente nota clínica

No intentaremos un análisis crítico de los fundamentos clínicos que impulsaron á Charlin en 1892 á crear la confusión mental como entidad psicopática, definida y aislada, porque semejante propósito nos exigiría una extensión excesiva, y además nos apartaría del objetivo principal de este trabajo: el de ofrecer un hecho morboso de la medicina mental, poco común en el manicomio, y muy frecuente en la práctica domiciliaria. En virtud de esta última condición, creemos que los comprofesores dedicados á la práctica general de nues-

tra profesión, han de sacar algún provecho de esta sumaria exposición, con lo cual ganarán los enajenados, ya que á dichos compañeros corresponde de hecho apreciar la enfermedad mental en sus albores, único período de eficacia positiva y tangible para la terapéutica.

En enero de 1900 observamos por primera vez á R. J., de veintidós años, soltero y estudiante, que desde un mes antes padecía una perturbación mental.

La actual enfermedad comenzó en la convalecencia de una fiebre tifoidea, que le retuvo en cama unos veinticinco días, por mostrarse aplanado, reservado y con algunas preocupaciones pueriles de índole religiosa. Como éstas se acentuaban cada vez más, constituyendo ya una verdadera enfermedad mental, se vió obligado su padre á consultarnos y á encargarnos del tratamiento.

En nuestra primera visita encontramos al paciente desnutrido, tranquilo, más bien aplanado y con el semblante lipemaníaco. La mirada vaga, indecisa y sin expresión; las pupilas midriásicas y con visible paresia del reflejo lumínico; la lengua saburrosa y afectada de ligero movimiento fibrilar; la bóveda palatina deprimida y ogival; la faringe anestésica; el pulso pequeño, depresible y lento; la progresión vacilante y retardada; el estreñimiento pertinaz y el insomnio bastante acentuado.

En el orden mental comprobamos un estado de excitación lipemaníaca, con confusión en las ideas y percepciones, y predominio de concepciones persecutivas de índole religiosa. Cuantas preguntas dirigíamos al enfermo determinaban un estado de ansiedad, de confusión y de asombro, en el que permanecía sumido unos cinco minutos, sin poderle arrancar nunca contestaciones precisas, categóricas y apropiadas á nuestra interrogación. Las contadas que en ocasiones obteníamos eran monosilábicas, incongruentes y como respondiendo á un reflejo cerebral de los centros mesocefálicos. Cuando dejábamos al paciente durante un corto espacio sin interrogar, quedaba como absorto en sus preocupaciones delirantes y de cuando en cuando decía «¡viva Dios!» y otras expresiones religiosas, sin duda respondiendo á alucinaciones auditivas ó conceptos delirantes.

Por este ligero bosquejo sintomático, comprenderá fácilmente quien haya leído las descripciones que nos han dado á conocer Charlin, Seglas, Gombault, etc., acerca de la confusión mental, que cuadra perfectamente dentro de dicho marco clínico y se hace por lo tanto acreedor al dictado de confuso. No obstante, si Laségue hu-

biese hecho el diagnóstico de este enfermo, lo hubiera designado melancólico perplégico; Dagonet estupemaníaco; Baillarger un estupor; Regis una psicosis de auto-intoxicación, y acaso Magnan una psicosis degenerativa de forma lipemaníaca. De tal manera se adapta el síndrome de nuestro enfermo al correspondiente á cada uno de los anteriores diagnósticos, que sin vacilar se puede aceptar cualquiera de ellos, con tal de asimilarse la doctrina del autor correspondiente. Nosotros, á pesar del epígrafe de este trabajo y sin que esto signifique una negación de la creación psicopática de Charlin, nos inclinamos más fácilmente al último diagnóstico ó de Magnan, basándonos en el àspecto degenerativo, somático y psicológico de la enfermedad.

Apenas nos encargamos del tratamiento de R. J., comprendimos la absoluta necesidad de combatir los tres síntomas primordiales ofrecidos por el paciente, verdaderos responsables y mantenedores del trastorno mental, cuales eran: el insomnio, estreñimiento y excitación cerebral. Con este fin, le dispusimos el sulfonal, unas píldoras de podofilino y áloes, y bromuros alcalinos asociados al baño templado de dos horas de duración.

A los quince días de empleàr esta medicación, fué animándose su semblante, el mutismo no era tan continuo, arrancándole alguna que otra contestación acorde, el sueño se hizo regular, desapareció la anorexia y el estreñimiento, y cedió en parte el retraimiento y quietismo, que voluntariamente se imponía, efecto de su estado. Entonces nos manifestó su convicción de estar condenado á sufrir castigos eternos, por diversas faltas imaginarias que había cometido, y que á sus parientes les amenazaban varios peligros, que á todo trance quería evitar. Aprovechamos esta confesión para auxiliar el régimen farmacológico é hidroterápico con el tratamiento moral, haciéndole comprender lo quimérico é infundado de sus preocupaciones morbosas é inculcando en su espíritu la convicción de que tales conceptos eran un producto patológico de la debilidad que se había apoderado de su cerebro, como consecuencia de la tifoidea.

Aunque en un principio rechazaba de plano nuestras afirmaciones, contrarias á su convicción patológica, á medida que el estado general fué mejorando, empezó por vacilar y dudar, acabando por desterrar todo concepto delirante á los dos meses de emplear el tratamiento indicado.

A primeros de abril era tan satisfactorio su estado físico y mental, que no vacilamos en darle el alta, aconsejándole únicamente se pri-

vase de todo trabajo intelectual continuado, durante unos seis meses.

Como antes indicamos, nuestro propósito se reduce á presentar escueto el hecho clínico á los ilustrados lectores de esta REVISTA, para que puedan servirles de norma en cualquier otro caso similar que en su práctica se les presente, y esta consideración nos dispensará el que pasemos por alto el examen crítico de los fundamentos clínicos de la confusión mental, y el que no entremos, por consiguiente, en el razonamiento de cada uno de los diagnósticos adaptables á nuestro enfermo, porque semejante intento exigiría, además, un espacio extenso que en manera alguna podemos disponer aquí.

MONEDAS ENCLAVADAS EN EL ESÓFAGO

NUEVO MEDIO PARA EXTRAERLAS

POR EL

DOCTOR DON ANGEL BALTAR CORTÉS

Médico de número del Hospital Provincial de Santiago de Compostela.

Aunque para la extracción de monedas y otros cuerpos extraños enclavados en el esófago, existe la clásica cestilla de Græfe y otros varios ingeniosos aparatos, que cumplen más ó menos bien su cometido, voy á dar á los lectores de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA PRÁCTICAS, noticia de un medio en extremo sencillo y práctico para verificar dicha extracción; y confío en que me lo agradecerán, dada la frecuencia de tales accidentes por la perniciosa costumbre que tienen los niños de llevar á la boca los objetos que caen en sus manos.

Para algunos de mis lectores no será desconocido el gancho-lazo de J. L. Petit, que tiene alguna semejanza con el instrumento que voy á describir.

Tampoco ignorarán que Kirmisson, cirujano de París, presentó no há mucho á la Academia, un corchete para la extracción de monedas en el esófago, instrumento que debe de tener gran semejanza con el que motiva estas líneas, por más que no he visto su descripción. Sea de ello lo que quiera, el hecho es que muchos prácticos ni tienen cestilla de Græfe, ni pueden, por desconocer otros medios para el caso, librar de torturas al desgraciado niño que tiene en su esófago

una moneda, y se ven reducidos al triste recurso de empujarla al estómago mediante una sonda, ó á enviar al paciente á otro médico más precavido, que acaso esté desviado unas cuantas leguas del punto donde ocurrió el accidente. Me creo, pues, en el deber de vulgarizar el medio en extremo seguro y sencillo, que en tres casos del accidente á que me refiero, me ha proporcionado tres brillantes éxitos.

Se trata de un alambre de hierro ú otro metal, de un milímetro de grueso y cuya longitud sea mayor que el doble de la distancia que existe entre la arcada dentaria y el cardias. Ese alambre se dobla por la mitad formando una larga horquilla cuyas ramas estén separadas por un centímetro escasamente y que luego se tuercen juntas en espiral en toda su longitud, á partir de unos tres centímetros de su extremo romo. Hecho esto, se dobla este mismo extremo en forma de corchete, constituyendo así el aparato un excelente gancho romo incapaz de lesionar la mucosa del conducto que ha de recorrer. Por último, se encorva ligeramente de modo que la concavidad de la curva corresponda al gancho. Si se quiere, y yo lo hice así en una ocasión, puede colocarse en el mango de un laringoscopio para que sea más fácil su manejo.

Para introducirlo, guiado por el índice izquierdo, se desliza por la pared posterior de la faringe y el esófago con el gancho hacia adelante, y de ese modo pasará por detrás de la moneda, cuyo contacto metálico se percibirá la mayor parte de las veces; y en cuanto la rebase, se le imprime un movimiento de báscula hacia adelante para engancharla y extraerla.

El primer caso que me sugirió la idea de semejante instrumento después de haber inútilmente probado extraer la moneda por diferentes medios, incluso la cestilla de Græfe, fué un niño de dos años que había tragado una moneda de cinco céntimos, el año de 1894. La extracción la hice con toda facilidad, gracias á ese gancho, en presencia de los ilustrados médicos de este Hospital, Sres. Caldelas y Varela. Posteriormente, y con igual facilidad, extraje dos monedas de diez céntimos en niños de nueve á diez años, estando la última tan fuertemente enclavada, que tuve que tirar con verdadera violencia.

Si estas líneas contribuyen á evitar sufrimientos á inocentes criaturas y á proporcionar triunfos á los prácticos, se cumplirán mis más ardientes deseos.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO : I. Panificación ; cloruro sódico ; caries dentarias. — II. Trastornos gastro-intestinales en un niño producidos por exceso de grasa en la leche.—III. Algunos datos sobre la peste en la India y sobre las inoculaciones preventivas.—IV. La tuberculosis en el ejército ruso : datos comparativos. — V. Muerte por las corrientes eléctricas. — VI. No existe la llamada fiebre disentérica perniciosa. — VII. La obra de Pätz : manicomio de Alt-Scherbitz. — VIII. El *bacillus enteriditis sporogenes* en la leche ; envenenamientos.

I. En una Memoria presentada por el Dr. Laurent á la reunión general anual de los Consejos de Higiene departamentales del Sena inferior (*De la fabrication du pain au point de vue de la santé publique*, leída en junio de 1898 é impresa en 1899), trata en un capítulo especial de la *insuficiencia de la sal común en el pan.*

Señala la importancia de ésta, citando, entre otras pruebas, la utilidad del suero artificial y la práctica de un médico polonés (1854) y de otros anteriores y posteriores, que combatían la difteria, con buen resultado, mediante los enemas de agua salada.

Ahora trata el asunto desde un punto de vista más concreto (*Enquête pour la recherche des causes d'alteration du système dentaire. —Ann. de Méd. et Chir. inf.* 1900), estudiando las relaciones entre la insuficiencia de sal y la caries dentarias. Cita varios hechos.

Si se añade sal á la leche del niño, se favorece el depósito del fosfato cálcico y son los dientes más robustos física y químicamente.

La leche de mujer que contiene sal, produce niños más robustos, más vivos, de mejor color y de mejor sistema dentario. Si se añade sal á la leche de biberón, el resultado es análogo.

Los dentistas han observado que el uso de la leche concentrada ha aumentado las lesiones dentarias.

El azúcar no ejerce acción directa (Magitot) sobre los dientes : obra por los productos (ácido láctico, butírico y sus derivados) de fermentación. En este concepto la leche concentrada, con tanta azúcar, es nociva : obra preparando el terreno.

Como la leche concentrada obran los demás productos azucarados.

Todavía es más saliente la escasez de sal.

La sidra parece que en unos puntos contribuye (normandos) y en otros dificulta (bretones) la aparición de la caries.

La sal no obra directamente sobre los dientes, pero por su acción sobre la nutrición contribuye á que se forme buena saliva, primera defensa del tubo digestivo.

La sal, como alcalina, contribuye á esta acción de defensa.

El cloruro sódico aumenta la cantidad de la secreción láctea y mejora su calidad: mayor densidad, color más amarillo, más fosfatos y cloruros, más sodio. Pagès (*Physiologie de la matière minérale du lait*, 1894, *é Hygiène des animaux domestiques dans la production du lait*, 1896), dice que la leche, clorada, potásica y sódica, forma mejores líquidos orgánicos, incluso los jugos digestivos.

Cuanto más grandes van siendo los hijos, más aumentan los cloruros en la leche de todos los animales.

Las sales minerales son más precisas para el niño que para el adulto.

Piu sale che zucchero, dice un proverbio italiano.

Por todo esto, opina Laurent que debiera hacerse una investigación detenida sobre la acción de la sal común en sus relaciones con la caries dentaria.

II. Jemma, de Ginebra (*Acad. de Méd. de Gènes*, 1900), narra el siguiente caso, relativo á un niño de treinta y cinco días, alimentado por una nodriza, que sufría trastornos gastro-intestinales (vómitos, diarrea verde, inquietud, pérdida de peso) causados por un exceso de manteca en la leche.

Este niño, nacido á término, con un peso de 3200 gramos, era lactado por su madre, hasta que un ataque de influenza la obligó á suspender la lactancia á los treinta días. La nodriza, de veintitres años, sana, primípara, que había parido hacía dos meses, no menstruaba y tenía un niño sano. A los pocos días de la nueva lactancia comenzaron las alteraciones.

Examinada la leche, microscópica y químicamente, se vió que contenía más manteca de la normal (60 á 63 gramos por litro), siendo en lo restante fisiológica.

Fundándose en las observaciones de Monti, de Giarre, de Biagani y en las más recientes de Guiraud, estableció relación entre el exceso de grasa y los trastornos y se propuso evitar aquel, después de

convencerse de la inutilidad de la dieta hídrica, de los astringentes y desinfectantes y de regulizar las mamadas.

Jemma recurrió al siguiente artificio : recogido, todo lo asépticamente posible, medio litro de leche de vaca, lo dejó posar en sitio fresco hasta que flotó la manteca, separándola inmediatamente. Esta leche desnatada fué mezclada, á partes iguales, con una solución de lactosa y agua hirviendo (40 por 500), dividida en varios frascos y esterilizada en el aparato Soxhelt. El niño debía tomar una vez leche del ama y otra de la así preparada.

A los cinco días comenzó el alivio, á los diez había curación y el peso empezó á subir regularmente.

Todo esto sirvió á Jemma para afirmar su opinión

Guiraud describe dos casos iguales ; Marfan cree que los trastornos dependen más que de la cantidad de manteca de la división muy fina de las grasas, pues en casos análogos ha visto la desaparición de los glóbulos de calostro y una pequeñez extrema de los grasos, existiendo una vez sólo 40 gramos de manteca por litro, cantidad poco superior á la normal. En el caso de Jemma no era tan acentuada esta división globular.

III. En su viaje de Filipinas á América, los Dres. Lewellys Barker y José Marshall Flint, de Baltimore, han recorrido gran parte de las Indias inglesas y observado algunos hechos dignos de mención.

Han visto una gravísima epidemia en Poona (1899), cuyos indígenas se oponían abiertamente, por motivos religiosos y económicos, á las prácticas higiénicas ; al fin pudo convencerlos el coronel Weir, jefe del Departamento de Higiene. Carros tirados por bueyes conducían continuamente enfermos á los hospitales : ingresaban, en agosto, unos 100 cada día, falleciendo unos 80.

El *Arthur Rodd Hospital* es el asilo más importante de Bombay y sus médicos son indígenas. Para cada secta se ha dispuesto un hospital especial.

Se ha echado mano de los siguientes medios : *vacuna de Haffkine*, de la que dice Weir (inoculado) que la reacción local no es tan intensa como se dice ; es la que más circula y está protegida por el Gobierno ; la más basta aplicación ha sido hecha en Hubli : de sus 50.000 habitantes, 24.000 han sido inoculados dos veces y 10.000 una vez ; los Hindous de las clases elevadas la rechazan por estar preparada con caldo de carne ; los demás se muestran poco propicios á su empleo ; *suero de Lustig*, usado en los hospitales de Bombay ; como para Lustig la toxina específica del bacilo es un núcleo-proteido, la

presenta en polvo y luego la disuelve para inyectarla; como es poco abundante, sólo ha inyectado 500 enfermos, de los cuales curaron 300 (60 por 100); *suero de Yersin*, cuyos resultados han sido poco satisfactorios; *atropina* en solución al 1 por 100: este remedio empírico, del que sólo se prescribe algunas gotas, ha sido empleado en el Hospital Makratta, de Bombay; se dice que es buena, pero hasta ahora sus aplicaciones han sido poco numerosas (*The New-York medical Journal*, 1900).

IV. Según los datos oficiales, hubo en el ejército ruso, como término medio anual desde 1890 á 1897, el 4 por 1000 de tuberculosos, de los cuales sucumbió el 1'7 por 1000. Si se añade las pleuresías, por lo común tuberculosas, la proporción de enfermos llega á 12'2 por 1000 y la de muertos á 1'32 por 1000. De los 44.041 muertos anotados, 7.655 (1/6) lo fueron por flegmasías pulmonares tuberculosas ó tuberculosis; si se adiciona las pleuresías, se llega á 9.827, casi la cuarta parte.

Estas cantidades, análogas á las recogidas en los ejércitos alemán, austriaco y francés, son muy grandes, puesto que se trata de gente joven escogida. Sin duda son debidas al ingreso de tuberculosis latentes, tanto más cuanto que el mayor número de tuberculosos corresponde al primer año de la vida militar, yendo luego en progresión decreciente.

Investigando las causas, Schtchepotyeff, de San Petersburgo, señala las siguientes: *raza*: de 527 enfermos, hay 469 cristianos, 37 mahometanos y 21 judíos, á pesar de vivir estos últimos en tan malas condiciones higiénicas; *herencia*: de los 527 había 214 con anamnesis tuberculosa; *contagio*: existe indudablemente, pero contribuyen á la propagación las malas condiciones de vida y el clima por modo más importante que aquel.

Recomienda no admitir en filas á los sospechosos, revisar con frecuencia el estado torácico de los admitidos y prescribir un régimen alimenticio más fortificante (*Wratch*, 1900).

V. De los estudios hechos por Prevost y Batelli sobre la debatida cuestión de la muerte por las corrientes eléctricas se desprenden las conclusiones que pongo á continuación (*Revue méd. de la Suisse romande*):

1.ª El corazón del hombre, como el de los animales, es paralizado por una corriente de baja tensión.

2.ª La muerte en los accidentes de la industria eléctrica no puede ser atribuida al paro de la circulación considerado como causa inmediata: es debida á la parálisis primitiva del corazón.

3.ª En las corrientes de alta tensión, cuando los contactos son íntimos y el corazón se encuentra en el trayecto de la corriente eléctrica, no queda paralizado; este es el caso en que la respiración se restablece, como se ha observado con los condenados á muerte *electro-ejecutados* en América.

4.ª En la industria eléctrica los contactos son más ó menos imperfectos; y las corrientes de alta tensión, obrando entonces como las de baja tensión, producen la muerte por parálisis cardíaca.

5.ª La diferencia de los resultados (mortales ó no), en los graves accidentes de la industria eléctrica, pueden ser explicados de dos maneras: ó la duración del contacto es demasiado breve para producir la parálisis, ó bien ésta, en el hombre, no es siempre definitiva.

VI. Los Dres. Kanellis y Cardamatis, de Atenas, han publicado este año, en *Le Progrès médical*, un buen trabajo de crítica y de observación propia sobre la fiebre disentérica llamada perniciosa. Con buen criterio llegan á afirmar:

1.° La fiebre disentérica perniciosa no es una entidad morbosa particular, específica.

2.° Dicha forma no resulta del miasma palúdico primitivamente, es decir, que éste no puede causar el catarro disenteroide esencial.

3.° En caso de complicación del agente palúdico con el disentérico, los efectos de una de estas causas no pueden influir sobre los de la otra más que por la debilidad que ambas determinan. Cada una de las entidades patológicas evoluciona en el organismo independientemente de la otra y cada una progresa en el campo patológico por su propia cuenta.

4.° Ambas entidades ni se oponen entre sí ni se hacen concurrencia, aun cuando se compliquen y evolucionen en el mismo organismo; no por eso deja la una de predisponer el suelo para que se establezca ó renazca la otra en virtud de la debilidad orgánica que determinan.

5.° La fiebre disentérica llamada perniciosa debe ser borrada del cuadro de las fiebres palúdicas, toda vez que no existe con la propiedad nosológica que se le atribuye y este nombre ha de ser reemplazado con el de *complicación del paludismo con el catarro disentérico.*

VII. La obra de Pätz, realizada en Alt-Scherbitz, y su libro, *Die Kolonisirung der Geisteskranken* (Berlin, 1899) están llamando profundamente la atención. Cuanto hay de moderno en el régimen de los locos, reposo en cama, asilos abiertos, colonias, etc., tienen allí

su semilla y su fructificación; son un arsenal perfeccionado de todos los progresos y sobre todo de los progresos de *individualización terapéutica*, bien distante y bien distinta de los actuales *manicomios-almacenes*. Para ello, ha reunido cuanto se ha hecho, lo ha valorado, lo ha clasificado y ha dispuesto para cada caso particular aquello que es oportuno. Bien merecen los esfuerzos del autor sinceros plácemes.

Como la obra es tan grande, trataré solo de Alt-Scherbitz.

Debió ser en sus comienzos un pequeño asilo: hoy abarca 300 hectáreas y en él son admitidos toda suerte de locos, ricos y pobres, menos los criminales. Hay departamentos cerrados, vastas colonias, sistemas de puertas abiertas, pequeños y elegantes pabellones rodeados de jardines circunscritos por empalizadas disimuladas por los vegetales ó por setos. En vez de muros de aislamiento, hay una vigilancia continua é inteligente y aparatos de cierre mecánico que no se ven, dobles ventanas, persianas especiales, que se mueven sobre poleas, pequeños cristales muy gruesos, etc. Cada pabellón está en consonancia con su destino ó con el enfermo que ha de recibir.

Está subdividido en tres partes fundamentales:

a) *Asilo Central*, con excelentes horizontes, el *non-restreint* perfecto (las celdas de aislamiento, al fin precisas, obedecen á la misma idea), constan de una parte central con los servicios comunes, lazareto, sala de autopsias, y dos laterales, una para cada sexo, con cinco departamentos simétricos; en él son distribuídos, con toda holgura, los *sociables*, los *tranquilos limpios*, pero que tienden á escaparse ó están sujetos á observación, los *insociables*, los *sucios*, que son escasos por emplearse los grandes lavados intestinales preventivos, los *peligrosos* y *agitados*. En los pabellones de estos es en donde únicamente hay ventanas cerradas y una gran valla de madera.

Los departamentos destinados á la *observación* para ver si pueden ir á la colonia, tienen la puerta abierta ó medio abierta, no poseen celdas de aislamiento ni ventanas cerradas y la libertad es dosificada prudentemente. La *enfermería* ó *lazareto* consta de un departamento aislado, con una celda para moribundos y otras para los casos en que sean precisas.

b) *Colonia*, para hombres una, para mujeres otra, bien orientada, de puertas abiertas durante el día, con pabellones independientes. En la de mujeres están todos los servicios alimenticios, los de ropas, limpieza, etc. La de hombres comprende establos, cocheras, parques, campos, etc.

c) *Hospital de locos inválidos* ó fundación Guillermo-Augusta, en el que entran los incurables inofensivos de todos los manicomios alemanes. Es hasta cierto punto independiente del resto del asilo.

El personal médico es numeroso y está distribuído en forma conveniente, teniendo casa en la sección respectiva. El Director es á la vez jefe médico y jefe administrativo. Los enfermeros son muy abundantes, inteligentes, bien pagados y con derecho á jubilación si cumplieron su cargo satisfactoriamente. Trabajan muchísimos enfermos : sólo hay 1'77 por 100 que no quieran trabajar, 3 por 100 que no pueden físicamente y 24 por 100 que no pueden psíquicamente.

La población es de 960 enfermos ; el presupuesto anual de 652.037 francos ; la estancia de enfermos pobres cuesta 1'92 ; cada cama representa un valor de 3.543 francos, y el gasto total de la instalación ha ascendido á 2.741.800 marcos.

Se valúan las curaciones en un 25 por 100 y la mortalidad en 7'1 por 100.

VIII. En Malta ha ocurrido una serie de envenenamientos en varias familias, caracterizados por violentos trastornos gastro-intestinales, á las veces terminados en la muerte, y que aparecían en cualquier punto de la isla, independiente de la estación y sin que la salud pública llamase la atención desde otros puntos de vista. Se atribuía el fenómeno á la leche, ya por mal estado de las vasijas, ya por los pastos usados por las cabras ; se sospechaba sobre todo de que estos animales comiesen plantas venenosas y en especial alguna euforbiácea.

El Dr. Zamit (*British med. Journal*, 1900), en un caso que asistió, hizo investigaciones bacteriológicas, pensando en el *bacillus enteritidis sporogenes*, muy relacionado con la leche, las aguas infectas, etcétera, y de que ha tratado Klein en su estudio sobre el cólera asiático y el cólera nostras. Examinó desde este punto de vista las vasijas y el agua de un estanque que había en la granja de donde procedía la leche. En uno y otro punto obtuvo resultados positivos (cultivos), aislando el bacilo de Klein ; inoculado éste á conejitos de Indias, produjo la muerte con extensas lesiones gangrenosas, hasta el extremo de haber sido destruído en algunos el tejido muscular á las veinticuatro horas.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Úlceras sifilíticas de la laringe. — En *El Criterio Católico en las Ciencias Médicas*, publica el Dr. Masip los siguientes casos clínicos :

Si en la mayoría de casos es fácil el diagnóstico de la naturaleza sifilítica de las úlceras que se presentan en la faringe, en algunos, sin embargo, puede haber dudas y vacilaciones, dependientes casi siempre de la falta de antecedentes y hasta de las negativas rotundas del enfermo. Con motivo de esto cita como ejemplos algunos casos clínicos.

Observación 1.ª—Niña L. D., de trece años.

Diagnósto : *Sífilis terciaria del velo y bóveda palatinos ; perforación de ésta ; caída de los incisivos superiores ; secuestro y fetidez nasal.*

No se descubren antecedentes sifilíticos en los padres. Por los datos que éstos proporcionan, parece que la infección debe atribuirse á la nodriza. En la niñez tuvo varias dermatosis más ó menos rebeldes.

Desde varios meses está enferma de la garganta. El día de la primera visita (8 noviembre de 1896), cerca de la úvula, en el origen del arco derecho del velo palatino, se ve una pérdida de substancia como si se hubiese cortado de un tijeretazo, y de la raíz de la úvula, en el mismo lado, parte una brida que se inserta en la pared posterior de la faringe ; bordes de la división palatina, exulcerados.

Se corta la brida y se recomienda el tratamiento antisifilítico para que lo instituya el médico de la familia.

A los dos años, ó sea el 6 de diciembre de 1898, ve de nuevo á esta enferma. A los pocos días de haberla visto por primera vez, suspendieron el tratamiento prescrito por el médico de cabecera, porque otro médico con quien consultaron no creyó que se trataba de una lesión sifilítica. Estuvo más de un año bajo los cuidados de éste, el cual vió impasiblemente cómo se perforaba la bóveda palatina y cómo caían los incisivos y caninos superiores, empleando como todo recurso algunos preparados de cal al interior y aconsejando la aplicación de un aparato protésico para corregir los inconvenientes de la perforación.

En esta segunda visita el velo del paladar estaba exulcerado, la úvula delgada, había una extensa perforación de la bóveda palatina, con bordes ulcerados y obstrucción casi completa de la fosa nasal derecha ; fetidez extraordinaria de la nariz.

Después de dos semanas de tratamiento hidrargírico y iodurado estaban cubiertas de epitelio las superficies ulceradas ; algunos días más tarde salió un secuestro por la perforación, con lo que se desobstruyó la fosa nasal derecha y desapareció la fetidez y más adelante se desprendió la úvula. Desde entonces el Dr. Masip no ha vuelto á ver á la enferma.

Observación 2.ª—Francisco C. ; cincuenta y dos años, casado.

Diagnóstico : *Sifilis terciaria ; úlcera de la pared posterior de la faringe ; goma de la fosa nasal izquierda.*

Niega todo antecedente sifilítico. Ha tenido tres hijos, dos de los cuales murieron de tierna edad, el otro está sano.

Desde hace varias semanas tiene en la pared posterior de la faringe una úlcera indolora, que el día de la primera visita (17 agosto 1898) tenía el diámetro de una moneda de dos pesetas ó más, cuya porción superior estaba cubierta por el velo del paladar ; prolongación hacia el pilar posterior derecho ; los bordes de la úlcera salientes y sin granulaciones.

Rinitis ligera, más acentuada á la izquierda.

Enfermo demacrado con submacicez en ambos vértices.

Toques en la úlcera con glicerina iodo-mentolada al 1 por 100, y manifestó su opinión acerca de la naturaleza de la úlcera al compañero que se lo ha dirigido, para que él instituya el tratamiento interno antisifilítico.

A dicho compañero le cuesta aceptar esta opinión, y como la úlcera, aunque lentamente, va reduciéndose, no lo prescribe. Al cabo de unas cinco semanas la úlcera está cicatrizada.

Poco después, ó sea á últimos de septiembre, aumentan los síntomas de la fosa nasal izquierda ; está muy tumefacta la concha inferior y el suelo, lo que determina obstrucción, que mejora, pero no cura, por varios medios locales, entre ellos el galvano-cauterio.

A últimos de octubre aumenta considerablemente la tumefacción nasal, y poco después reaparecen dos úlceras en la pared posterior de la faringe ; su médico instituye entonces el tratamiento mercurial y iodurado ; á los diez días estaban cicatrizadas las úlceras y á últimos de noviembre estaba curada la lesión nasal.

No tuvo novedad hasta marzo siguiente, época en que aparecieron dos abultamientos en la bóveda palatina, que á los pocos días se ulceraron ; se aumentó entonces la dosis del ioduro y á las tres semanas todo había desaparecido.

Observación 3.ª— D.ª María R. ; cincuenta y ocho años ; viuda dos veces.

Diagnóstico : *Goma ulcerado de la parte inferior del pilar posterior derecho.*

Sólo ha tenido un hijo del primer marido, hijo que nació muerto. Hace tiempo tuvo dolor en todo el cuerpo que duró cinco meses.

Hace medio año que tuvo una angina calificada de diftérica por un médico. Después quedó con molestias en el acto de la deglución, que no se explicaban por una pequeña úlcera visible. Más tarde el médico de la familia vió otra úlcera más atrás y adentro que no se modificó por medio de toques con nitrato de plata, ni con el licor de Van Swieten hechos durante algunas semanas.

24 de julio de 1899.—Faringe : en la parte inferior del pilar posterior derecho se ve una úlcera blanquecina, oval, de centímetro y medio de altura por un centímetro de ancho. Hay cierta molestia dolorosa al tragar, pero no dolor intenso.

Nariz : rinitis derecha, con dolor en la apófisis ascendente del maxilar.

Por las condiciones especiales de la enferma no la interrogó acerca de los antecedentes venéreos ; pero por los indicados antes y por el aspecto de la lesión, creyó que se trataba de un goma ulcerado y así lo manifestó.

Tratamiento : Toques en la úlcera con glicerina resorcinada al décimo, recomendando á su médico que prescriba los mercuriales y el ioduro potásico.

Supo más adelante el Dr. Masip que el primer esposo había tenido sífilis, según averiguó por el interrogatorio que hizo en vista de su diagnóstico. A los dos días de tomar el jarabe de Gibert la úlcera estaba reducida á la mitad y poco después completamente cicatrizada.

¿Por qué se reproducen algunas fisuras del ano? — Dice en la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, el Dr. D. Fermín Martínez Suárez :

«No se habrá vacilado en el diagnóstico y menos aún en el tratamiento que debe emplearse en la fisura del ano, tratamiento que puede denominarse clásico, porque lo practican todos los cirujanos desde que fué planteado por Recamier ; pero alguna vez habrá sorprendido que después de uno, dos ó tres meses de una curación, al parecer completa, los pacientes se les haya presentado de nuevo, aquejados de sus molestias anteriores y generalmente con mayor intensidad que antes de ser operados.

¿En qué consiste esta decepción?

¿Cómo se explica que fracase la dilatación forzada del esfínter anal, único medio curativo en que todos los autores están conformes?

Dos causas pueden contribuir al mal éxito obtenido.

Una, la de subsistir los estados productores de la dolencia.

Otra, por defecto en el procedimiento operatorio.

Descartando las afecciones sifilíticas, en que á todo enfermo contaminado en la región anal, no estando sometido á un tratamiento específico enérgico, es inútil y aun perjudicial la operación por los nuevos focos de infección que ha de ocasionar necesariamente cualquier traumatismo ; descartando, asimismo, los cancerosos, por el efecto corrosivo de la abundante secreción que de continuo fluye del recto, y cuyo contacto es imposible contrarrestar cuando la neoplasia es inoperable, quedan los calculosos, los prostáticos y los que padecen estrecheces, bien de la porción terminal del intestino, bien de la uretra.

La sintomatología de los padecimientos anteriormente enunciados tiene como característica constante la producción de tenesmo siempre que los pacientes tratan de evacuar la vejiga, y pujos que les obligan á realizar esfuerzos extraordinarios, que empiezan por congestionar el recto, después, por producir fisuras, y en algunos, prolapsos y prostitis muy variables en intensidad ; pero cuya curación es imposible mientras subsistan las causas ocasionales.

En igual caso se hallan los cirróticos, sobre todo cuando el estado de la circulación de la vena porta produce ascitis más ó menos acentuadas, y los estenosados, si las estrecheces se determinan un tanto.

En la mujer hay mayor número de causas, unas transitorias y otras permanentes, cuya índole especial mantienen de un modo desesperante la rebeldía del padecimiento. Pueden citarse, entre otras, los vermes, el estreñimiento habitual, embarazo, fibromas y miomas uterinos, retro-flexiones, retro-versiones y retro-verso-flexiones, quistes ováricos, procesos peri y parametríticos, cuyos exudados, á veces enormes, forman blocs que estrechan

el recto y dificultan de modo notorio su funcionalismo. Todas estas causas producen obstáculos á la circulación de retorno; y como hay aumento en la vascularización, dicho se está que mientras ésta no se modifique, ya extirpando los quistes, miomas, fibromas, etc., ya dando á luz las que se encuentren en período de gestación, serán inútiles, y algunas veces perjudiciales, cuantos tratamientos se intenten».

Con este motivo recuerda, el caso de una joven que se presentó en su consulta del Instituto de Terapéutica operatoria aquejando molestias que le hicieron sospechar se trataba de una fisura de ano, como tuvo ocasión de comprobar por medio del reconocimiento; pero como al mismo tiempo tuviera una abundante leucorrea, verificó una detenida inspección de la matriz, descubriendo en ella una endometritis glandular y numerosos exudados, aun en estado agudo. Le recomendó se tratara su afección uterina para operarla tan pronto como mejorara.

Al mes y medio de operada por otro profesor, se hallaba en peor estado que antes, y el Dr. Martínez la sometió al tratamiento por irrigaciones calientes boratadas y curas con ictiol; fué por segunda vez operada, sin que hasta la fecha haya vuelto á sentir molestia alguna.

Respecto de las fisuras que se reproducen por defecto en el procedimiento operatorio, prescindiendo de aquellas que son tratadas por los cáusticos, especialmente por el nitrato de plata, el cual, á cambio de alguna rarísima curación, ha producido infinitos fracasos. Dice que casi todos los enfermos de fisura son por lo general hemorroidarios, y los que no lo son, tienen la mayoría de las veces una hemorroide, á la cual ha dado el nombre de *centinela* el célebre cirujano inglés Dr. Minghan. Detrás de ella existe invariablemente la fisura. Pues bien; si al hacer la dilatación forzada no se extirpa la hemorroide, es casi segura la reproducción de la fisura; y esta afirmación, que á primera vista parece paradójica se explica fácilmente si se tiene en cuenta que al retraerse de nuevo el esfínter, la fisura forma un fondo de saco en la hemorroide donde los excrementos se depositan é irritan aquel punto con su contacto, impidiendo la cicatrización, como acontece con todo cuerpo extraño que se introduce en una solución de continuidad.

Hay otra clase de fisuras cuyos bordes, ya por su antigüedad, ya por haber sido tratados con astringentes ó cáusticos, se hacen completamente callosos, y cuya curación no se obtiene si no es á beneficio de excindir dichos bordes. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de medicina infantil.

La lactancia artificial.—El Dr. A. Jacobi (de Nueva-York): Los análisis de la leche humana han dado resultados diferentes ó contradictorios. No se ha demostrado suficientemente la naturaleza simple ó compuesta de las substancias protéicas. La química ignora si la leche posee además una cualidad esencial ó vital.

La leche mejora unas veces y otras se deteriora por el calor. A 68 ó 70°, mueren los microbios que contiene; á los 80 la albúmina se coagula, la caseína se modifica, y el sabor y olor de la leche varían.

La ebullición precipita parte de la albúmina, destruye la lecitina y altera química y físicamente las substancias grasas.

La leche de vaca hervida, esterilizada ó pasteurizada, no reproduce la leche humana; no es un agente curativo, pero presenta la gran ventaja de no contener fermentos ni gérmenes patógenos; por este motivo es indispensable en las grandes poblaciones y durante ciertas epidemias, cuando no es posible obtener leche fresca y pura.

Si se emplea la leche de vacas, diluída ó no con agua, como alimentación exclusiva, es susceptible de producir estreñimiento, diarrea, raquitismo ó escorbuto. En la lactancia artificial, sobre todo del recién nacido, la leche de vacas debe diluirse á causa de su composición heterógena. Los niños que maman, cuando la leche materna es insuficiente, debe beber agua para prevenir la pérdida de peso, la nefritis y la litiasis renal.

Cuando la leche de vacas se diluye con un cocimiento de cereales, la caseína precipita en copos finamente divididos. Estos cocimientos son convenientes para diluir el exceso de caseína.

La lactosa se absorbe en parte en el estómago, en parte en el intestino y parte de ella se transforma en ácido láctico que es necesario para la digestión y antiséptico. Es imposible dar una cantidad equivalente en sus efectos á los que producen las substancias harinosas. Además, las peptonas de la leche se destruyen por la fermentación ácida. Por este motivo, el azúcar de leche no puede administrarse en gran cantidad, pero pueden sustituirla los otros hidratos de carbono. Debe utilizarse el azúcar de caña porque la leche de vaca contiene bastante lactosa para la digestión. Además, existe en el intestino del niño un fermento que transforma el azúcar de caña y la hace absorbible.

La grasa se añade á la leche de vaca para aumentar sus propiedades nutritivas y dividir la caseína en partículas mínimas.

Cuando el niño se alimenta con leche de vaca, la orina contiene amoníaco, y el intestino, substancias tóxicas.

Las substancias minerales son diferentes en la leche de vaca que en la de mujer. La adición del cloruro de sodio á la primera es indispensable por razones fisiológicas y químicas.

El Dr. O. Heubner (de Berlín): No tenemos datos suficientes que puedan servir para establecer el método científico más racional de alimentación artificial.

En este asunto abundan más las ideas teóricas que los hechos probados.

El buen sentido de las nodrizas ha comprendido que el mejor sustituto de la leche de mujer es la leche animal.

El intestino del niño es capaz de digerir la leche de vaca igual que la de mujer. En el primer caso el trabajo digestivo es mayor que en el segundo, porque las gruesas moléculas protéicas exigen más esfuerzo digestivo que las pequeñas moléculas hidrocarbonadas. Aquellas abundan en la leche de vaca más que en la de la mujer.

Lo difícil en la alimentación artificial, es determinar las reglas exactas.

Otras de las dificultades es el peligro de la infección y descomposición de la leche animal antes de ser ingerida, lo que no acontece con la leche materna. Estos peligros se evitan esterilizando la leche, es decir, sometiéndola durante media hora á una temperatura de 100°.

En los niños dispépsicos en los que la digestión está perturbada, es preciso disminuir la cantidad de substancias protéicas y de grasa, diluyendo la leche en un tercio de agua hervida. A esta leche, menos concentrada que la natural, se la añade un hidrato de carbono. Puede facilitarse la digestión de las substancias azoadas por la digestión artificial previa (leche peptonizada).

Otros médicos prefieren disminuir sólo la cantidad de substancias protéicas de la leche, conservando la cantidad original de grasa centrifugando la leche diluída de modo que tenga 1 por 100 de caseína y 3 por 100 de grasa. Se ha sustituído también con éxito la lactosa por la maltosa, que queman mejor los tejidos del organismo.

Principios científicos para la producción equivalente á la leche de mujer.—El Dr. Monti (de Viena): Es preciso tener en cuenta los puntos siguientes:

1.° La acidez de la leche de vaca debe ser igual á la de la leche de la mujer; para esto se la adiciona carbonato de potasa.

2.° La coagulación por el cuajo debe ser idéntica en ambas leches. Con este objeto se mezclan partes iguales de leche de vaca y de suero.

3.° Las substancias albuminoides deben comportarse de igual manera en la leche de vaca que en la de mujer, para lo cual, se reducen por la mezcla la cantidad de caseína y de substancias albuminoides solubles de aquella.

4.° La caseína de la leche de vaca se comporta con los ácidos y las sales de distinta manera que la de la leche de mujer. Esta diferencia desaparece cuando se agrega una cantidad suficiente de albúmina soluble y de álcali.

5.° La cantidad de grasa debe ser la misma en la leche de vaca que en la de mujer.

6.° La cantidad de azúcar es menor en la leche de vacas que en la de mujer. Si se mezcla con agua, se hace aún menor, por lo que conviene mezclarla con suero.

7.° La cantidad de sales contenidas en la leche de vacas es superior y no puede combinarse por ningún procedimiento, pero este inconveniente no es perjudicial.

8.° Es preciso hacer inocentes los gérmenes contenidos en la leche de vaca. Se consigue calentándola durante diez minutos á 60° y conservándola á 6.

9.° Es preciso administrar al niño diariamente la misma cantidad de caseína, de albúmina soluble, de grasa y de sales que en la alimentación por la leche de mujer.

Valor de la leche de cabras para la alimentación de los niños.—El Dr. Barbellon (de París): La leche de cabras representa una leche natural de composición parecida á la leche de mujer. Bajo la acción de los ácidos se coagula en forma de copitos ligeros, muy blandos y solubles. Su digestibilidad es grandísima.

Su abundancia en sales la hace ser un alimento predilecto para los raquíticos, los tuberculosos y los adultos debilitados. No tiene olor ni sabor especiales. Su manteca es poco densa y forma glóbulos grasos finísimos y de digestión fácil.

La leche de cabras puede beberse cruda porque este animal es uno de los más refractarios á la tuberculosis.

Influencia de los microbios en las enfermedades gastro-intestinales de los niños de pecho: infecciones é intoxicaciones ectógenas.—El Dr. Escherich (de Graz): Resulta de las investigaciones microbiológicas, que el desarrollo de las bacterias en el intestino del niño de pecho está sometido á ciertas leyes y es autóctona. Las causas son la composición química constante del alimento y del contenido intestinal, las condiciones vegetativas particulares en que se encuentra el microbio y la influencia ejercida por las funciones vitales del organismo. La flora normal del intestino es la expresión y á la vez una de las condiciones de su funcionamiento fisiológico. Lucha por mantenerle ó por restablecerle.

La flora de las deposiciones en estado normal es independiente de la variedad y del número de bacterias introducidas por la alimentación. Cuando sobrevienen modificaciones ligeras en la composición química del contenido intestinal, etc., se desarrollan bacterias de especie diferente ó de origen ectógeno. La facilidad con que la leche se altera y la protección débil del estómago en esta edad, favorece dichas infecciones ectógenas.

Estas bacterias actúan sobre los alimentos y el contenido intestinal y los descomponen produciendo venenos, en cuyo caso ejercen una acción tóxica, ó son verdaderos agentes infecciosos que originan procesos inflamatorios sobre la mucosa intestinal y determinan, á causa del desprendimiento del epitelio, la infección generalizada. Es frecuente también, que los productos bactéricos tóxicos fabricados fuera del organismo (ectógenos), sobre todo, en la época de calor, produzcan fenómenos morbosos. El organismo infantil es muy sensible á estas influencias como, en general, á todas las infecciones bactéricas é intoxicaciones.

Hasta ahora no se ha hecho una buena clasificación de las afecciones gastro-intestinales del niño de pecho.

Para las debidas á las bacterias es preciso atenerse á su etiología.

Distinguimos en este sentido:

1.° Las intoxicaciones debidas á una descomposición ectógena;

2.° La infección del quimo;

3.° Las enfermedades infecciosas del intestino.

A la producción de los dos grúpos primeros pueden concurrir todos los saprofitos que se multiplican con rapidez en la leche y en el intestino. Los agentes de la infección intestinal, son todos los microbios patógenos para el hombre.

Dado el modo de infección y el terreno en que se desarrolla, es fácil comprender que se trata siempre de cierta cantidad de microbios, tanto que las infecciones mixtas ó secundarias son frecuentes. Estas desempeñan un papel importante en la patogenia de las complicaciones lejanas de la enfermedad.

Creo que la mitad de las muertes en los niños de pecho, son debidas á una primitiva del aparato gastro-intestinal y que su frecuencia disminuye con la edad.

Gastro-enteritis de los niños de pecho (particularmente desde el punto de vista anatomo-patológico).—El Dr. A. Baginsky (de Berlín): Desde el punto de vista anatomo-patológico, conviene dividir como sigue las afecciones gastro-intestinales de los niños de pecho:

I. Trastornos funcionales.—La *dispepsia aguda*, no va acompañada de modificaciones anatómicas importantes, sino de una ligera hiperemia debida al trastorno funcional gastro-intestinal que se presenta en forma de: *a*) disminución de las secreciones digestivas; *b*) alteración de los actos digestivos, con fermentaciones anormales; *c*) disminución de la asimilación; *d*) vómitos y diarrea; *e*) estreñimiento y cólicos.

Estos signos funcionales suelen complicarse con síntomas generales, fiebre, trastornos nerviosos, etc.

II. Alteraciones anatómicas.—1.° *Lesiones anatómicas de naturaleza catarral: a) catarro subagudo dispépsico* con hiperemia ó infarto edematoso; anomalías de la secreción que se hace catarral; *b) catarro sobre-agudo, cólera infantil*, destrucción del epitelio gastro-intestinal en superficies extensas. Células glandulares nucleadas y hasta necrosadas. Infarto é infiltración frecuente del aparato folicular. Lesiones secundarias de casi todos los órganos; *c) catarro crónico gastro-intestinal*, infiltración de toda la mucosa. Alteraciones morbosas de los demás órganos (bronco-pneumonía, nefritis, etc.); *d) atrofia intestinal, atrepsia*. Desaparición parcial del aparato glandular de la mucosa y á veces anemia grave de la misma. La submucosa y la muscular suelen estar adelgazadas.

Todos estos procesos catarrales suelen ir acompañados de vómitos, diarrea, cólicos; la secreción de líquidos y mucosidades está aumentada; la asimilación es nula y las funciones del hígado y del páncreas están trastornadas. Las pérdidas acuosas y la falta de asimilación alteran de un modo grave la nutrición general.

2.° *Lesiones anatómicas localizadas en el aparato folicular.—Foliculitis.*—Estas lesiones son frecuentes y á veces existen aisladas: *a) enteritis folicular*

simple, fiebre moderada, tenesmo y cólicos ligeros, secreción muco-sanguinolenta. Los folículos están infiltrados particularmente en el intestino grueso; *b) enteritis folicular infecciosa grave. Disenteria.* Infiltración de la mucosa; destrucción de los folículos con formación de abscesos. Necrosis de grandes trozos de mucosa.

En estos dos casos, se afectan otros órganos (hígado, pulmones, etc.).

III. Causas de los procesos gastro-intestinales.—Los trastornos funcionales y los procesos morbosos graves debidos á las alteraciones anatómicas, dependen: unas veces de infecciones ó intoxicaciones *endógenas*: 1.°, la acción directa de los microbios normales del intestino cuya virulencia se exalta; 2.°, la acción de los productos tóxicos que forman dichos microbios á expensas de los alimentos; otras veces de infecciones ó intoxicaciones ectógenas; 3.°, la acción de los saprofitos introducidos con los alimentos y que se hacen virulentos en condiciones especiales (alta temperatura, etc.); 4.°, las substancias tóxicas contenidas en los alimentos ingeridos.

IV. Los procesos morbosos indicados, más frecuentes bajo la influencia del calor del estío, son debidos á microbios saprofitos de virulencia exaltada y á sus toxinas. Tienen cierta predilección por partes especiales del organismo, por ejemplo, las glándulas de Lieberkühn.

V. Existen otras gastro-enteritis debidas, en condiciones especiales, á microbios especiales (bacilo piociánico, etc.), pero no se observan en los niños de pecho.

VI. La septicemia de origen intestinal, es más frecuente de lo que se cree. Aunque se han observado algunos casos, la invasión de la sangre por los microbios procedentes del intestino, es un fenómeno excepcional y debido casi siempre á un proceso exógeno, en las gastro enteritis infantiles.

Infecciones ó intoxicaciones gastro-intestinales de los niños de pecho.—Estudio particular de los síntomas y del tratamiento de las formas crónicas.—El doctor F. Fede (de Nápoles): Si se considera las condiciones imperfectas anatómicas y fisiológicas del aparato gastro intestinal de los niños de pecho, su evolución poco avanzada, la falta de dientes, la dirección vertical del estómago, el poco desarrollo de las glándulas, la delgadez de las capas musculares, el volumen del hígado, la actividad digestiva ligera, la insuficiencia de los medios de protección y de defensa, la multiplicación fácil de los microbios en el contenido intestinal, con su virulencia variable, se comprende la frecuencia de los catarros gastro-intestinales subagudos con accesos febriles de repetición, y sobre todo crónicos, de donde derivan la infección y la intoxicación del organismo.

La sintomatología consiste principalmente en diarrea frecuente, tenaz, con sus diversas formas bien conocidas, que dependen de la consistencia de las materias, de su aspecto, de su color, de su olor, de la presencia de sangre, de micro-organismos, de productos diversos más ó menos virulentos ó irritantes. Se observa á la vez el prolapso del recto. Por parte del estómago existen vómitos, alteraciones del quimismo gástrico y trastorno de las fermentaciones con gastro-ectasia.

El estado general se altera de un modo más notable.

Las formas clínicas son variadas; dependen de la intensidad, duración, marcha y carácter de la enfermedad, de las complicaciones, de la atrofia y de

la caquexia consecutivas. Sobreviene una fase lenta y tenaz con resultados funestos.

Otras veces, en los primeros meses, sobreviene la atresia de Parrot, ó bien en los meses siguientes aparece el raquitismo, la enfermedad de Riga ó la tuberculosis. Si no se corrige el mal, el niño muere por caquexia atrófica, progresiva y lenta ó, más á menudo, por una complicación intercurrente, como la pneumonía.

Respecto al tratamiento curativo, deben figurar, en primer término, las reglas higiénicas y dietéticas; en los ataques agudos, se suspenderá por completo la alimentación sustituyéndola por la dieta hídrica; la nodriza es preferible al biberón. Conviene trasladar al niño á un punto elevado y fresco.

La eliminación y desinfección del contenido intestinal son importantísimas: se obtienen por el aceite de ricino, los calomelanos, etc., el benzo-naftol, el lavatorio del estómago y del intestino con el ácido bórico, ácido fénico, etc. La diarrea muy abundante, exige el uso de los astringentes: ácidos láctico y clorhídrico, preparaciones de bismuto y de tanino. Para las formas dolorosas nerviosas, las cataplasmas, los calmantes (belladona y hasta opio) y los baños. En casos de depresión, los baños aromáticos, la quinina, la cafeina, el éter, el almizcle y, finalmente, las inyecciones de suero artificial.

Etiología y patogenia de las gastro-enteritis de los niños de pecho.—El doctor Marfan (de París): Me ocuparé en las gastro-enteritis de los niños de pecho, de las de las causas predisponentes, eficientes é indirectas:

I. El niño de pecho está predispuesto de un modo especial á la gastro-enteritis, que es el factor principal de la enorme mortalidad en los primeros meses de la vida. Esta predisposición depende de que el niño nace con un aparato digestivo imperfecto capaz de digerir sólo un alimento especial preparado por la naturaleza, la leche, y además mal defendido contra la infección y la intoxicación.

II. Las causas eficientes de las gastro-enteritis, se dividen en cuatro grupos:

a) Las *gastro-enteritis dispépsicas* debidas á la elaboración viciosa de los alimentos, bien porque se administre la leche en demasiada abundancia ó porque se empleen antes de lo debido ó con exceso otros alimentos. Existen dos variedades: por *sobrealimentación* y por *destete prematuro mal dirigido*. En ambos casos, la gastro-enteritis depende de la intoxicacion ó infección endógenas.

b) Las *gastro-enteritis infecciosas primitivas* (infecciones ectógenas), son debidas á la introducción de microbios patógenos en el aparato digestivo por la boca. La leche de vaca es la causa principal de ellas. La esterilización de la leche ha producido resultados excelentes.

En la lactancia materna las supuraciones de la mama pueden originar gastro-enteritis de estafilococos ó de estreptococos.

En las aglomeraciones de niños de pecho (hospitales), existe otra causa, que es el contagio.

En el destete, el agua, la carne, etc., pueden ser vehículos de la infección gastro-intestinal.

c) Las *gastro-enteritis tóxicas primitivas* (intoxicación ectógena), resultan de la penetración en el aparato digestivo por la boca de una substancia tóxica.

Los envenenamientos por los cáusticos son rarísimos en la primera infancia; los medicinales, sobre todo por los calomelanos, son más frecuentes. La causa principal de la infección es la leche, que suele contener toxinas que el calor no destruye.

d) Las *gastro-enteritis secundarias* son consecutivas á diversas enfermedades. Las de los tres grupos anteriores pueden llamarse primitivas, porque el primer acto morboso pasa en el aparato digestivo; en las formas secundarias no sucede así. En la edad temprana, las diarreas secundarias se observan principalmente en el sarampión, la grippe, la difteria, las infecciones estafilocócicas y estreptocócicas, las caquexias sifilíticas y tuberculosas, y en el curso de las infecciones de las vías respiratorias. Son debidas, sin duda, 1.°, á la eliminación de microbios ó de venenos por la mucosa gastro-intestinal ó por la bilis; 2.°, á la poca energía de los jugos digestivos, á la dispepsia y á la toxi-infección endógena consecutivas; 3.°, á la deglución de los productos sépticos procedentes de las vías respiratorias.

III. La acción de las causas eficientes enumeradas puede ser favorecida por influencias lejanas: calor del estío, enfriamiento, dentición.

La infección del calor del estío es una de las mejor demostrada; la frecuencia y la gravedad de las diarreas aumentan en proporciones enormes durante la estación cálida. El modo de acción del calor es, al parecer, compleja; pueden invocarse la alteración de las secreciones digestivas por el calor exterior, alteración que provoca una toxi-infección endógena; el desarrollo más activo de los microbios de la leche de vaca bajo la influencia de temperaturas elevadas; por último, y principalmente, la elaboración por los microbios de toxinas que la esterilización no destruye con seguridad.

La influencia del enfriamiento, y sobre todo de la dentición, es muy discutida; los que admiten esta influencia, creen que ambos factores obran favoreciendo una toxi-infección endógena por el trastorno que producen en las secreciones y en la circulación del aparato digestivo.

La antisepsia intestinal en los niños. — Los Dres. F. Fede y J. Gallo de Tommasi (de Nápoles): La antisepsia intestinal empleada primero en la fiebre tifoidea de los adultos tardó poco en formar parte de la terapéutica médica infantil.

Hemos estudiado el valor curativo de tres antisépticos químicos introducidos por la boca:

Salol: 5 á 10 centígramos á la vez, hasta medio ó un gramo por día.

Tintura de iodo: X á XV gotas, según las diferentes edades, en una poción gomosa; una cucharadita de café cada dos horas.

Calomelanos á dosis fraccionadas: 1 á 3 centígramos á la vez, hasta 12 centígramos diarios.

De nuestras investigaciones clínicas y experimentales se deduce lo siguiente:

1.° En las infecciones é intoxicaciones gastro-intestinales es útil siempre emplear algunos antisépticos químicos; el mejor de los tres indicados son los calomélanos.

2.° Para asegurar mejor la antisepsia médica en el curso de estas enfermedades y de los trastornos funcionales, es preciso intervenir pronto cuando las toxinas no han invadido todo el organismo. Hemos observado, des-

pués del empleo de los calomelanos, que la virulencia de los cultivos de las materias fecales de los niños es menor y que los ácidos sulfo-conjugados disminuyen.

Contagio y prefilaxis de la tuberculosis infantil. — El Dr. A. D'Espine (de París): La tuberculosis infantil es una afección parasitaria «adquirida por contagio» en el niño, igual que en el adulto. Debe hacerse abstracción en la práctica de los casos raros de tuberculosis congénita, debidos á la transmisión hereditaria del bacilo de Koch.

El origen principal del contagio es el esputo húmedo ó seco de los tuberculosos adultos, porque los niños escupen rarísima vez. La tuberculosis infantil se adquiere casi siempre por «inhalación».

Otra causa de contagio tuberculoso es «la leche cruda de vacas», más rara vez de cabras, principalmente de las que padecen tuberculosis mamaria. Esta infección por «ingestión» es más frecuente en los niños de poca edad que en los adultos; su frecuencia se ha exagerado.

En los niños de menos de dos años, los besos son, al parecer, el modo habitual del contagio por aspiración de la saliva bacilífera.

En los niños de dos á ocho años, la tuberculosis es frecuente, y procede casi siempre de los ganglios bronquiales, de donde se propaga al pulmón ó al resto de la economía por vía embólica. Puede quedar localizada en dichos ganglios y manifestarse después bajo la influencia de enfermedades tuberculizadoras como la grippe, el sarampión ó la tos ferina.

En esta edad los niños se arrastran por el suelo y están así más expuestos al contagio; además, estos niños tienden á llevarse á la boca las manos, que pueden estar manchadas de polvo bacilífero.

Desde los seis años hasta la pubertad, la tuberculosis es frecuente, y sus manifestaciones suelen remontarse á un contagio anterior. El contagio en la escuela es efectivo, pero se ha exagerado.

La tuberculización por «inoculación cutánea» es siempre excepcional, pero menos en el niño, como lo prueba la aparición ordinaria de *lupus* antes de los quince años.

La vía de penetración del bacilo de Koch no está demostrada por completo para la «tuberculosis quirúrgica».

La predisposición hereditaria es importantísima en la producción de la tuberculosis infantil, y favorece en alto grado el contagio familiar.

La profilaxis contra la tuberculosis debe tener por objeto: 1.°, impedir el contagio: 2.°, disminuir la receptibilidad del organismo infantil fortificando la resistencia vital.

No se administrará á los niños más que leche hervida ó leche cruda de vacas sanas.

Las nodrizas y las niñeras estarán exentas de tuberculosis.

Si la madre está tísica, se encargará de criar el niño una nodriza, evitando en lo posible todo contacto peligroso con la madre.

En un medio familiar tuberculoso se observarán las reglas profilácticas generales recomendadas por la Academia de Medicina.

No ejercerán el cargo de profesor las personas tísicas, y se expulsará de la escuela á los niños tuberculosos.

Se crearán en las poblaciones rurales asilos para los niños pobres de cons-

titución enfermiza ó convalecientes de enfermedades agudas, y se fomentarán las colonias de vacaciones para los escolares.

Se combatirá la predisposición á la tuberculosis ó sus primeras manifestaciones enviando los niños á los Sanatorios de montaña ó á las costas.

El Dr. Hutinel (de París): Todo el mundo está conforme en admitir que la tuberculosis tiene una influencia hereditaria considerable. La herencia tuberculosa puede consistir en la transmisión del germen, en la transmisión de una predisposición ó manifestarse por trastornos distróficos. Estos tres modos de herencia se superponen ó existen aisladamente.

Desde el punto de vista profiláctico, el médico necesita llenar tres indicaciones:

1.ª Proteger los hijos de tuberculosos contra la invasión bacilar, y particularmente contra el peligro temible del medio familiar infectado. Esta protección es posible, porque el hijo del tísico no suele nacer contaminado; es realizable y esencial, porque la infección precoz del niño determina casi siempre una tuberculosis inmediata de marcha rápida ó una tuberculosis larvada temible para el porvenir.

2.ª En los hijos de los tísicos, uno de los peligros consiste en los focos latentes, origen de la auto-infección ulterior; es preciso descubrirlos; la exploración clínica minuciosa y repetida permite muchas veces hacer el diagnóstico precoz, punto de partida de una terapéutica eficaz.

3.ª Debe continuarse en los hijos de los tísicos el estudio y el tratamiento de todos los trastornos del desarrollo ó de la nutrición que permitan sospechar la heredo-predisposición tuberculosa.

El Dr. A. Mousous: En la segunda infancia la tuberculosis pierde sus caracteres de enfermedad general y adquiere los de un padecimiento local.

Desde el segundo ó tercer año de la vida se observan las modalidades clínicas tan bien caracterizadas: peritonitis crónica tuberculosa, meningitis tuberculosa primitiva, adenopatía traqueo-bronquial, etc. La tifo-bacilosis no existe en la primera infancia.

La tuberculosis de la primera edad es hereditaria ó adquirida. Reviste dos formas distintas:

A) Tuberculosis generalizada aguda;

B) Tuberculosis generalizada crónica.

La tuberculosis infantil va acompañada generalmente de un infarto especial de los ganglios linfáticos. Ocasiona á menudo accidentes cerebrales que revisten una forma diferente de la meningitis tuberculosa de los niños de más edad: Meningitis tuberculosa de los niños de pecho.

El diagnóstico de la tuberculosis en la primera edad es dificilísimo. Existe, no obstante, un medio de diagnóstico que promete ser utilísimo. Es la «sero-reacción tuberculosa», estudiada por Arloing y Courmont.

El Dr. H. Richardière (de París): Me ocuparé de este asunto desde el punto de vista clínico, estudiando: 1.°, los caracteres generales de la tuberculosis en los niños de poca edad; 2.°, las formas clínicas de la enfermedad; 3.°, los síntomas comunes á todas las formas, y 4.°, los nuevos procedimientos de diagnóstico de la tuberculosis infantil.

En la edad temprana la tuberculosis es casi siempre ó siempre una enfermedad generalizada, ó al menos una tuberculosis que se localiza prime-

ro en un órgano (principalmente en los ganglios linfáticos) y se generaliza después. Se asemeja por sus caracteres á la tuberculosis experimental.

La generalización de la tuberculosis se explica por la actividad é importancia del sistema linfático en esta edad, por las condiciones etiológicas (herencia del germen ó de los tejidos menos resistentes al bacilo tuberculoso). Los tejidos del niño no están vacunados contra el bacilo, como suelen estarlo los del adulto.

La tuberculosis de la primera edad puede dividirse en varios grupos.

1.° Tuberculosis infantiles generalizadas sin localización especial, de marcha aguda. Son:

a) Las fiebres infecciosas tuberculosas primitivas sobreagudas de Landouzy, en las que no se encuentran á la autopsia lesiones, pero sí bacilos. Esta forma es discutible.

b) Las tuberculosis agudas granúlicas (granulia de Empis), que evoluciona como la fiebre tifoidea.

2.° Tuberculosis infantiles generalizadas de marcha aguda y localización bronco-pulmonar. Existen varias formas:

a) Forma bronquial;

b) Forma sofocante ó asmática;

c) Forma bronco-pneumónica;

d) Forma espleno-pneumónica;

e) Forma pleurítica.

3.° Tuberculosis infantil de marcha lenta (tisis pulmonar ordinaria).

Estas tuberculosis se asemejan á las del adulto por su marcha lenta; difieren por su tendencia á la generalización en el último período de la enfermedad.

Marfan ha individualizado en este grupo, con el nombre de tuberculosis generalizada crónica ó apirética infantil, una forma perfectamente caracterizada.

Otra es la tisis ulcerosa de marcha lenta, rara en la infancia, en la que presenta ciertos caracteres especiales.

En este grupo debe estudiarse además la tisis ganglionar (adenopatía traqueo-bronquial tuberculosa).

Desde el punto de vista etiológico conviene recordar la importancia etiológica de algunas enfermedades infecciosas (sarampión y tos ferina).

Sólo puede tenerse confianza absoluta en un procedimiento de diagnóstico: el descubrimiento de los bacilos en los esputos. Los demás son medios auxiliares.

Tratamiento de la tos ferina por la belladona á altas dosis. — El Dr. H. Gillet (de París): Una experiencia de más de diez años me ha demostrado que en la tos ferina puede administrarse sin inconveniente la tintura de belladona á la dosis de una gota por mes, antes del primer año, y á la de 10 por año. La graduación progresiva de la dosis permite evitar todo accidente. Administrada así calma la tos y disminuye los vómitos. Conseguido este efecto, se emplean dosis progresivamente menores.

Tratamiento de la estrechez prepucial infantil por la dilatación. — El doctor R. Saint-Philippe (de Burdeos). — El fimosis es casi constante en el recién nacido. Es hipertrófico ó atrófico. Este último va acompañado de infiltración

de orina, y si no se interviene á su debido tiempo, de balanitis intensa y hasta de infiltración. Se obtienen buenos resultados por una operación que casi no merece este nombre: la dilatación. Es el método electivo en los niños pequeños. Es simple, inofensiva, adoptando las precauciones antisépticas, y no expone á desgarraduras ni á recidivas. El resultado es muchas veces superior al de la intervención cruenta.

Tratamiento de las úlceras atónicas de la infancia por el uso tópico del subcarbonato de hierro. — El Dr. Saint-Philippe (de Burdeos): La piel de los niños es muy delicada y se ulcera fácilmente á consecuencia de la atrepsia, de la debilidad, del eritema, del impétigo, de las malas condiciones higiénicas, etc. Conviene curar estas úlceras lo antes posible, porque son otras tantas puertas de entrada para la infección, capaz de poner la vida en peligro. Los medicamentos antisépticos ordinarios son ineficaces en ciertos casos, y peligrosos cuando necesitan emplearse mucho tiempo. El subcarbonato de hierro, espolvoreado sobre la herida y cubierto de una cura húmeda, produce maravillas. Es un medio simple, inofensivo y al alcance de todo el mundo. Creo que obra irritando la herida, favoreciendo su granulación y quizá también como antiséptico.

Baños de aire comprimido en la tos ferina.—Los Dres. Rocaz y Delmas (de Burdeos): Los baños de aire comprimido ejercen una influencia favorable sobre la tos ferina. El estado general mejora; los accesos de tos disminuyen de frecuencia y de intensidad; la fiebre, las hemorragias, los vómitos desaparecen con rapidez. En ninguno de los niños tratados así sobreviene la bronco-pneumonía. La acción del baño comprimido en la tos ferina es compleja; resulta, según parece de una acción sedante especial sobre el sistema nervioso, de la disminución de las secreciones bronquiales y, sobre todo, de la oxigenación excesiva de la sangre.

Meningitis agudas no tuberculosas. — El Dr. G. Mya (de Florencia): La mayor parte de las meningitis de la primera infancia es producida por el micro-organismo de Weichselbaum (*meningococcus intracelularis meningitidis*), diferente del diplococo de la pneumonía por sus propiedades morfológicas y biológicas.

Los tipos clínicos producidos por este micro-organismo se reducen en su esencia á dos (no teniendo en cuenta las variedades):

a) El tipo agudo ó sobreagudo con los caracteres de la meningitis cerebro-espinal epidémica. El exudado en estos casos es abundantísimo y eminentemente fibrino-purulento. El micro-organismo existe en abundancia, suele ser extracelular y está dotado casi siempre de acción patógena sobre los animales sensibles. La enfermedad dura de tres á doce días y es casi siempre mortal; á veces se atenúa en la forma siguiente.

b) Tipo subagudo que dura á veces varios meses. Es más frecuente en los niños de poca edad.

En esta forma clínica la sintomatología tetaniforme predomina también, pero más atenuada que en el tipo anterior. El sensorio queda generalmente intacto y la fiebre es poco elevada. El exudado menos abundante, pero purulento, puede estar circunscrito á la región basilar y posterior. El micro-organismo, menos numeroso que en la forma anterior, carece de propiedades patógenas sobre los animales sensibles. Esta forma puede curar radical-

mente ó pasar al estado de hidrocefalia secundaria, ó producir la muerte por enfermedades secundarias.

La bacteria miningitógena más común en los niños de poca edad, es el *diplococcus lanceolatus capsulatus*. La forma clínica que produce es generalmente de marcha aguda, de pronóstico gravísimo y de sintomatología polimorfa, menos característica que la debida al *meningococcus* de Weichselbaum. La exudación es difusa, y de ordinario sero-purulenta; se observan formas circunscritas y exudación serosa. En estas meningitis debe desconfiarse de los resultados de la punción lumbar, en lo que se refiere al aspecto del líquido extraído, que es á veces seroso, y el de los tejidos de la aracnoide sero-purulento. Esta meningitis suele ir acompañada ó precedida de pneumonía, de otitis, etc.

Las meningitis debidas al *streptococcus piogenus*, son más raras que las anteriores, y casi siempre secundarias á una septicemia ó á una supuración próxima á la cavidad craneana. Lo mismo puede decirse de la meningitis estafilocócica.

Respecto á las formas debidas al colibacilo, al bacilo de Eberth y á otros micro-organismos más raros, son poco frecuentes en los niños jóvenes, carecen de sintomatología específica, y el diagnóstico en vida sólo es posible por el examen bacteriológico del líquido extraído por la punción lumbar.

Los agentes patógenos suelen llegar á las regiones subaracnoideas por la circulación sanguínea (infección hematógena). La infección meningítica se produce también por difusión desde los focos situados en regiones que comunican con la cavidad craneana.

Al grupo natural de las meningitis bactéricas se opone otro más indeterminado, el de las *meningitis de origen toxi infeccioso y tóxico*, conocidas con el nombre de hidrocefalia aguda, ependimitis aguda, etc. Estas formas, que suelen estar asociadas á enfermedades infecciosas de localización diferentes (pneumonía, fiebre tifoidea, etc.), y que se caracterizan de ordinario por una sintomatología clínica imponente, deben llamarse *hidrocefalia aguda*, *hiperhidrosis cerebro-espinal*, mejor que meningitis.

El mecanismo patógeno en estas formas es siempre obscurísimo, y sólo pueden invocarse para interpretar algunos factores :

a) Acción probable irritante linfagoga y vaso-motriz de las toxinas primarias y secundarias de origen bactérico.

b) Sensibilidad especial, propia de la primera infancia, de la red capilar sanguínea cerebral á las acciones tóxicas referidas.

Es muy probable que el campo de acción principal de las toxinas bactéricas ó de origen autotóxico esté representado en la sintomatología clínica del meningismo por el sistema nervioso central, y que las variaciones cuantitativas del líquido cefalo-raquídeo sean sólo un epifenómeno de importancia subordinada, según resulta de las observaciones numerosas de cerebropatía aguda de origen toxi-infeccioso ó autotóxico.

El Dr. Netter (de París) : Además de la meningitis tuberculosa existen otras muchas de pronóstico menos grave y susceptibles de un tratamiento racional.

Conviene distinguir las meningitis secundarias á las otitis, á las supura-

ciones diversas, las que sobrevienen en el curso de enfermedades agudas generalizadas, las primitivas.

Además de los signos clásicos de la meningitis, conviene indicar otros dos importantes.

Nunca se insistirá bastante sobre el *signo de Kernig:* imposibilidad de extender completamente las rodillas estando el enfermo sentado. Este signo jamás falta en las meningitis no tuberculosas. Se observa también en la mayor parte de éstas y no sirve para demostrar la naturaleza de la meningitis.

La *punción lumbar de Quincke* suministra al diagnóstico de las meningitis datos de gran valor. Es inofensiva haciéndola con lentitud. El diagnóstico de meningitis es indudable cuando se extrae líquido turbio ó purulento, ó el líquido contiene grumos.

El líquido extraído en los casos de meningitis, parece muchas veces claro, pero después forma un coágulo fibrinoso.

No basta observar las cualidades físicas del líquido. Es preciso recurrir al examen microscópico, á los cultivos que permiten conocer la causa y la naturaleza de la meningitis.

Los baños calientes son utilísimos en las meningitis. En las supuradas, las punciones lumbares repetidas pueden prestar servicios.

Empleo del escobillón en el crup.—El Dr. Geffrier (de Orleans): Este método de tratamiento ha sido empleado primeramente por el Dr. Variot, que utiliza el tubo usado en la intubación laríngea. El instrumento que empleo se asemeja algo á la sonda de Belloc; el vástago interior termina en un botón conico y tiene cerca de éste un pincel de crines adheridas al vástago hasta que penetra en la tráquea; el movimiento de los anillos sujetos en la mano separa dicho pincel que se pone así en contacto con la mucosa; el instrumento se extrae entonces con cierta rapidez y se introduce de nuevo y vuelve á extraerse.

He podido con este instrumento extraer sin dificultad las membranas de la laringe, pero creo que es susceptible de varias mejoras.

La uricemia infantil. — El Dr. J. Comby (de París): Puede considerarse la uricemia como el artritismo en germen, el artritismo embrionario.

Este trastorno general de la nutrición que después se manifestará por la gota, la diabetes, la obesidad, el asma, la jaqueca, etc., se anuncia en la infancia por accidentes nerviosos, por erupciones cutáneas, por síntomas urinarios, cuya filiación con la diátesis neuro-artrítica es evidente.

Para explicar estos estados morbosos se ha invocado la presencia del ácido úrico en la sangre en exceso, y la de los cuerpos aloxúricos (xantina, heteroxantina) que se le asemejan. El análisis de la orina es significativo. Además de su densidad elevada y acidez notable, la química demuestra la azouria, la fosfaturia, el ácido úrico en exceso y á veces un grado ligero de albuminuria y de glicosuria.

Los accidentes uricémicos de la primera y de la segunda infancia, son francamente accesionales, y se presentan por crisis que se reproducen á intervalos variables, pasajeras y seguidas de salud perfecta.

Es una cefalalgia que nada explica, que aparece de improviso, unas veces provocada por el trabajo intelectual, otras sin causa apreciable, que puede ir acompañada de debilidad general, de neurastenia, etc.

Es el vómito periódico ó cíclico, que dura dos, tres, cuatro días, con intolerancia para los líquidos y los sólidos, con fiebre más ó menos alta, abatimiento, enflaquecimiento. Después de la crisis, salud perfecta.

Son dolores óseos ó articulares accesionales, ostealgias y astralgias uricémicas, que suelen atribuirse al crecimiento y que dependen de la autointoxicación.

Son manifestaciones nerviosas diversas, excitación cerebral, terrores nocturnos, espasmo glótico, convulsiones, etc.

Son manifestaciones cutáneas, eczemas recidivantes y tenaces, líquen, etc.

Son espasmos vesicales, incontinencia de orina, arenillas urinarias, á veces uretritis uricémicas.

Son finalmente, crisis asmáticas, por ejemplo, rinitis espasmódicas, fiebre de heno, etc., sin hablar de las congestiones cutáneas, de los sudores locales ó generalizados, etc.

Todas estas manifestaciones tan diversas por su localización, tan diferentes en apariencia por sus formas clínicas, tienen, no obstante, un lazo patógeno que las une y las hace ser miembros de la misma familia. Este lazo es el artritismo, la uricemia.

Las causas de la uricemia son casi siempre hereditarias: los accidentes indicados se observan en los descendientes de los gotosos, obesos, diabéticos y calculosos. Pero el estigma hereditario puede enriquecerse por adquisiciones personales debidas á la mala higiene.

El diagnóstico se hace, más que por los síntomas que nada tienen en sí de característicos, por su situación en el tiempo y en el medio, edad de los enfermos, carácter periódico de los accidentes, antecedentes hereditarios, hábitos higiénicos. Se tendrá en cuenta el análisis de la orina.

El pronóstico, á pesar del carácter brusco y de la gravedad aparente de los síntomas; no implica peligro alguno inmediato. Pero hay temores para el porvenir, y conviene emplear el tratamiento profiláctico.

La diátesis se hace más acentuada con la edad.

Conviene vigilar ante todo la alimentación; debe ser en su mayor parte vegetal: nada de carnes negras ni rojas; se preferirán las carnes blancas, los pescados, los harinosos, las legumbres verdes y secas, las frutas cocidas; prohibición absoluta del alcohol; bebidas acuosas. Conviene asegurar la libertad del vientre y evitar el cansancio cerebral, en una palabra, vigilar el equilibrio de todas las funciones.

Durante las crisis se emplearán los mismos medios higiénicos. Se prescribirá á la vez la dieta absoluta ó acuosa, los alcalinos (bicarbonato de sosa ó de potasa, citrato potásico, litina, etc.).

En el intervalo de las crisis y para prevenir su vuelta, se aconsejarán las curas termales; aguas clorurado-sódicas, calientes y frías, aguas bicarbonatadas y cálcicas, aguas arsenicales, etc.

Se tendrá en cuenta, al recomendarlas, el predominio de tal ó cual síntoma, el temperamento del enfermo. La higiene es, sin embargo, mucho más eficaz que los remedios farmacológicos.

Sección de Cirugía infantil.

Operación cruenta en la lujación congénita de la cadera.—El Dr. A. Hoffa (de Wurzburgo): En cada caso de lujación congénita de la cadera se ensayará primero la reposición incruenta, y si no se consigue por algún motivo, se recurrirá á la cruenta.

Como operación cruenta para los niños de tres á ocho años se preferirá la reposición de la cabeza femoral en una cavidad recién formada por el procedimiento de Hoffa-Lorenz.

La operación típica de Hoffa-Lorenz no se practicará ni muy pronto ni muy tarde, irá siempre acompañada de formación de una cavidad, y sólo la ejecutarán los cirujanos dueños de la asepsia completa.

El peligro de la operación depende principalmente de la infección séptica de la herida. Este peligro aumenta con la edad del enfermo, igual que la reposición de la cabeza en la cavidad.

Con la asepsia perfecta y practicando la operación en la edad debida y según las indicaciones de Hoffa-Lorenz, la reposición cruenta no es peligrosa.

Las heridas no se suturarán.

El tratamiento consecutivo es importantísimo, porque fortifica los músculos por el amasamiento y la gimnasia. Se evitarán los movimientos pasivos muy fuertes.

Las contracturas en flexión y adducción se evitan siempre por precauciones especiales durante el tratamiento consecutivo. Si sobreviene una de estas contracturas, puede tratarse con buen resultado por la osteotomía subtrocanteriana.

La anquilosis sólo sobreviene después de la supuración de la herida y cuando se opera en una edad avanzada. Como límite extremo para la reposición cruenta señalamos los diez años en los casos unilaterales, los seis ó siete en las lujaciones bilaterales.

No es de temer la anquilosis de las articulaciones que fueron primero móviles. La rigidez posterior sólo se observa en las personas de edad y en las articulaciones con tendencia ya desde el principio á la movilidad incompleta.

Por la operación cruenta de Hoffa-Lorenz es posible curar la lujación en el sentido anatómico y funcional.

La curación completa se obtiene más á menudo en la lujación unilateral que en la bilateral. No es exacto que eligiendo bien los casos y empleando un tratamiento correcto, la situación del enfermo sea peor después de la operación.

La duración media del tratamiento es de cuatro meses. En cuanto el enfermo empieza á andar mejora de día en día. Después del año puede considerarse el resultado como definitivo.

La reformación de la cavidad no es de temer que sea un obstáculo para el crecimiento del anillo pelviano. La pelvis se desarrolla de un modo más normal cuando la estática es buena.

En la lujación unilateral de los enfermos que tienen de ocho á diez años, se recomienda la osteotomía subtrocanteriana transversal (Kirmisson) ó la osteotomía oblicua (Hoffa). En estos casos, la osteotomía subtrocanteriana

es preferible á la reposición cruenta de la cabeza femoral sin formación de la cavidad (Lorenz).

En la lujación bilateral de las personas de edad, la operación pseudo-artrósica de Hoffa produce resultados funcionales excelentes.

Tratamiento incruento de la lujación congénita de la cadera.— El Dr. A. Lorenz (de Viena): El tratamiento incruento es preferible al operatorio, porque este último no está exento de peligros: 2'10 por 100 de mortalidad. Además, resultan muchas veces anquilosis y contracturas que exigen un tratamiento post-operatorio molesto y largo.

La lesión ó la extirpación del cartílago en Y del fondo de la cavidad cotiloidea, puede ser seguida después de estrechez pelviana á causa de la suspensión de desarrollo de los huesos.

El tratamiento mecánico por los aparatos portátiles es, por decirlo así, de duración indefinida y en general ineficaz. El otro método incruento (reducción lenta en correderas de extensión) sólo es útil en los niños jóvenes y susceptible en los de poca edad de alterar la salud por el mucho tiempo que el enfermo necesita permanecer en el aparato.

El método incruento, reducción de la cabeza femoral durante el sueño cloroformico, evita todos estos inconvenientes. La reducción, cuando la cabeza del femur se halla por encima del borde superior de la cavidad cotiloidea, se practica por la extensión horizontal y por la vertical cuando está más arriba del borde posterior de dicha cavidad; este último procedimiento es el preferible. Practicando la reducción por encima del borde posterior de la cavidad cotiloidea no es necesario recurrir á los aparatos mecánicos; la reducción se hace de la manera siguiente:

Se principia por la desgarradura subcutánea de los músculos adductores, tensos á causa de la abducción forzada; después se ejerce sobre el femur, doblado en ángulo recto, una extensión vertical y una abducción casi de 90° combinada con la presión directa sobre el trocánter mayor.

El principio del tratamiento consiste en someter el fondo de la cavidad cotiloidea á la presión del peso del cuerpo por medio de la cabeza femoral reintegrada que ensancha y profundiza dicha cavidad. Para retener la cabeza femoral en la cavidad cotiloidea, el femur se fija en posición de abducción exagerada, según las circunstancias, hasta 90°, combinada con la hiperextensión y rotación interna ligera. A los cuatro ó cinco meses se cambia esta posición por otra media (flexión y abducción ligera) que se conserva durante cuatro ó cinco meses. Separado el último aparato de escayola, se hace el amasamiento y la gimnasia de los músculos pelvi-trocanterianos. Casi en la mitad de los casos los resultados anatómicos y funcionales son tan perfectos que la curación puede considerarse como radical; en la otra mitad de los casos, los resultados no son tan satisfactorios desde el punto de vista anatómico, pero sí funcional; después de la operación desaparece hasta la lordosis lumbar patológica de la lujación bilateral.

Cuando es ineficaz el método incruento se hace la reducción cruenta dejando intacta la cavidad cotiloidea y dirigiendo el tratamiento post-operatorio según los principios de la operación incruenta.

Tratamiento de las lujaciones congénitas de la cadera. — El Dr. Kirmisson (de París): A pesar de los progresos realizados en el tratamiento de las lu-

jaciones congénitas, el problema no está resuelto por completo. Ninguno de los medios que se aconsejan produce resultados favorables constantes.

Creemos que conviene principiar el tratamiento al año y medio ó dos años de edad, en cuanto se hace el diagnóstico, de igual manera que se procede en el pié zambo.

Procediendo así para la lujación congénita, no se necesita recurrir á la reducción extemporánea bajo el cloroformo por el método incruento ni al método al descubierto. La dislocación es entonces casi siempre insignificante. Basta para dar al miembro su longitud, normal recurrir á la extensión continua. Después se mantiene el resultado obtenido por aparatos protéicos que rodean el muslo y la pelvis, y retienen el miembro en posición media de abducción. Hemos aplicado estos principios en muchos casos, obteniendo resultados ventajosos en alto grado. Creemos que constituyen el tratamiento del porvenir de la lujación congénita. Este tratamiento, empleado con perseverancia durante muchos años, permite obtener una proporción grandísima de éxitos. Cuando por un motivo ó por otro no puede seguirse ó no produce resultados, queda como último recurso la reducción extemporánea bajo el cloroformo, con ó sin operación cruenta.

Tratamiento del mal de Pott con joroba confirmada — El Dr. Bradford (de Nueva York): El tratamiento del mal de Pott consiste en los medios generales propios para producir el metabolismo normal, y en los que tienden á proteger las partes afectadas contra la presión nociva y los choques. Si la deformidad está ya formada, su tratamiento comprende:

1.° Los medios de corrección de la curva existente;

2.° La suspensión de todo desarrollo ulterior de la curva;

3.° La disminución de aumento de la curva.

Los medios para el tratamiento correctivo dependen del estado de la parte afectada. Cuando la afección es aguda, la corrección es fácil; si existe hace mucho tiempo y ha sobrevenido ya la osteítis osificante es preciso desplegar mucha fuerza. Si se ha formado ya la anquilosis ósea, se necesita para corregir la joroba seccionar ó romper el hueso. El mejor método de aplicar la fuerza correctiva es el que lesiona menos los tejidos. La tracción ejerce sobre las curvas secundarias una fuerza innecesaria á veces. En la región cervical la tracción producirá su efecto; en la dorsal media, separará las vértebras afectadas; pero una fuerza antero-posterior, no sólo producirá su efecto, sino que lo hace con seguridad.

El tratamiento correctivo exige, para ser eficaz, que la columna vertebral permanezca bastante tiempo en la posición normal. El grado de la corrección depende del de la reparación posible. La corrección forzada es peligrosa, pero no en exceso, cuando se emplea con prudencia. Este método se emplea muchas veces para corregir la paraplegia del mal de Pott. El método correctivo no se recomienda si es preciso romper el hueso en el sitio de la osteítis tuberculosa. La osteotomía de la cifosis está contraindicada.

En ciertas posiciones de la columna vertebral, y en ciertos estados patológicos, no es conveniente corregir la deformidad. Cuando ésta es moderada, aun en los niños en pleno período de crecimiento, la curva puede ser contenida por el empleo eficaz de un aparato conveniente que lo sostenga bien. Los corsés de escayola aplicados después de rectificar la posición sin el em-

pleo de la anestesia, ó los de acero aplicados de modo que se rectifique la posición en lo posible, son medios eficaces hasta cierto punto. En la anquilosis ósea, ó en la curva pronunciada cervical ó medio dorsal, no es conveniente ensayar la corrección forzada.

Es difícil á veces impedir que aumente la curva á causa del crecimiento de un enfermo con su columna vertebral deforme, ó por la dificultad de asegurar la fijación mecánica durante un largo período. En estos casos el tratamiento disminuye el aumento de la curva á medida que el enfermo crece. Este crecimiento suele ser debido á las curvas secundarias de la cifosis y no á la osteítis tuberculosa. Puede disminuírsele por un tratamiento mecánico.

Tratamiento del mal de Pott.—El Dr. Calot (de Berck): Si se nos preguntara lo que puede conseguirse hoy por el tratamiento del mal de Pott, diríamos:

1.° Puede curarse íntegramente el mal de Pott al principio sin abscesos, sin parálisis, sin joroba, é impedir, por medio de un gran apósito de escayola, que aparezca, no el absceso, pero sí la parálisis y la joroba;

2.° Puede curarse íntegramente el mal de Pott con absceso sin intervención cruenta;

3.° Aun en el mal de Pott con parálisis, en el que toda operación cruenta está contraindicada, el enderezamiento incruento y la contención en un gran apósito de escayola corrigen siempre la parálisis;

4.° En el mal de Pott con joroba:

a) Podemos impedir que se produzca ésta;

b) Podemos, en general, corregirla cuando no es muy antigua ni muy voluminosa;

c) Podemos contener su aumento cuando no es posible corregirla por completo ó cuando los padres limitan sus deseos á contener el aumento progresivo de la joroba.

En resumen, resulta de este estudio, que opongo á la política de no hacer nada, la del esfuerzo perseverante y continuado.

Indicaciones terapéuticas en la apendicitis.—El Dr. Roux (de Lausanis): La más urgente de las indicaciones es saber lo que no debe hacerse.

Se proscribirán en absoluto los purgantes durante todo el curso de la apendicitis; aun en la convalecencia se sustituirán con enemas poco abundantes. Es preciso no dejarse influir ni por el recuerdo de la crisis favorable inmediatamente después de una evacuación abundante—consecuencia más que causa de la curación—ni por los signos de pseudo-ileus inflamatorio, que se observa á menudo.

Se obtendrá la inmovilidad del intestino por el opio, recurriendo de preferencia para administrarlo á la vía rectal. Para no abusar y paralizar el intestino y la vejiga, se calmarán al principio los dolores con una inyección de morfina.

Dieta absoluta en las primeras horas y mientras haya vómitos. Después, para calmar la sed, se humedecerá la lengua con algunas gotas de agua; en casos extremos se usarán las inyecciones subcutáneas con el mismo fin.

Aplicaciones prudentes de hielo; algunas veces envolturas tibias.

Indicaciones operatorias: disminuir, cuando menos en el 75 por 100, los

casos de apendicitis aguda operando *en frío* después de la primera crisis aguda debidamente comprobada.

Proceder de igual manera en los casos designados como cólico apendicular y observados por un médico perito.

Durante el acceso no se decidirá la operación sin seguridad en el diagnóstico, pero teniendo en cuenta las indicaciones exactas.

Cuando el diagnóstico es seguro y se ve al enfermo en las primeras veinticuatro ó treinta y seis horas de la enfermedad, lo que acontece pocas veces en la práctica, la operación no es más peligrosa que la excisión en frío, y podrá intentarse si las condiciones del medio y del operador lo permiten.

Pasado este tiempo, la operación á la Dieulafoy se hace en condiciones desfavorables y se expone al enfermo, de 10 veces 9 cuando menos, á peligros que no guardan relación con la gravedad del padecimiento.

Todo lo que la operación tiene de racional y relativamente favorable en las primeras horas, tiene de peligrosa en lo que puede llamarse el período intermedio, durante el cual los síntomas alarmantes hacen suponer á menudo un fracaso operatorio.

Al cuarto ó quinto día llega el período de calma relativa y de localización. Se encuentra un exudado palpable, cuando se sabe buscarlo, porque hay siempre un foco purulento en todos los casos en que se piensa operar. Se le abandona á la absorción espontánea, si todos los síntomas remiten, y se espera para operar en frío.

Si la fiebre persiste con dolor, aumento del exudado, pulso rápido y facies poco tranquilizadora, la operación está justificada.

Lo está también cuando la fiebre aparece de nuevo ó se hace héctica, con reproducción del exudado y apatía del enfermo. Está indicada, sobre todo, en el caso de escalofríos ó de disociación del pulso y de la temperatura.

Las indicaciones sacadas del análisis de la orina y de la leucocitosis, no son bastante francas ni fieles para poder utilizarse.

Acontece, no obstante, cuando se han visto muchas apendicitis, que se interviene porque se forma mala impresión al ver al enfermo. Esta indicación es precisa.

La secreción urinaria abundante impide ver la situación muy sombría. Es un signo precioso.

La abertura y la neutralización del absceso es el fin inmediato más que la excisión del apéndice. Este se extirpa si es necesario.

Si no se le extirpa en frío algunos días después por la misma abertura ó por otra.

La operación en dos tiempos es una operación de necesidad.

Procediendo así se dejará morir algunos enfermos de apendicitis de forma septicémica, pero se salvará la vida de muchos más.

El Dr. A. Jalaguier (de París): Todo apéndice íleo-cecal enfermo, debe resecarse. La operación se practicará en frío, es decir, cuando los fenómenos de infección general hayan desaparecido y las lesiones locales hayan perdido toda virulencia. Esta indicación general tiene pocas excepciones.

La doctrina seductora y cómoda de la intervención precoz sistemática, en cuanto se diagnostica la apendicitis, no es aceptable en principio. La observación prueba, en efecto, que una crisis aguda de apendicitis, termina ge-

neralmente por la localización de las lesiones y por la resolución cuando se la trata desde el principio por la inmovilidad, la dieta absoluta, el hielo y el opio, y en ciertos casos, por las inyecciones de suero artificial.

Las maniobras operatorias exponen á perturbar esta evolución favorable, haciendo fracasar las fuerzas del organismo que luchan por localizar y eliminar los agentes infecciosos. En los casos graves, el operador aumentará el colapso, y aunque en la mayor parte de los casos de mediana intensidad asegura la curación — que se obtendría sin intervenir — no es menos cierto que se ve algunas veces, en los casos más ligeros en apariencia, las operaciones mejor practicadas, ser seguidas de accidentes terribles por supresión de las funciones eliminadoras, hepáticas y renales. Es porque la crisis de apendicitis suele ser una de las manifestaciones de una infección general. La intervención precoz tiene además otro peligro. Expone á operar, después de un diagnóstico precipitado é incierto, á enfermos con afecciones que simulan la apendicitis por algunos de sus síntomas, por ejemplo, la fiebre tifoidea, la grippe de localizaciones intestinales, la enterocolitis que se presenta por crisis y hasta simples cólicos hepáticos ó nefríticos, operaciones siempre inútiles y muchas veces perjudiciales.

La experiencia demuestra que la vigilancia atenta de los enfermos, el análisis minucioso de los fenómenos clínicos de la crisis aguda de apendicitis, permiten conocer los casos poco frecuentes, que exigen la intervención inmediata, por ejemplo, las peritonitis generalizadas ó de grandes enquistamientos y los abscesos circunscritos cuya absorción es imposible.

En la forma difusa séptica de la peritonitis, verdadera intoxicación general, en la que la reacción peritoneal queda relegada á segundo término, la intervención es seguida casi siempre de muerte, y en cambio, se ve curar á menudo, gracias á las inyecciones abundantes de suero, enfermos desesperados al parecer. Lo mismo acontece con las apendicitis sin peritonitis que van acompañadas de infección general grave.

La intervención durante el período agudo, debe tener por objeto evacuar los productos sépticos y favorecer el desagüe; el apéndice no se resecará si no es fácil descubrirle.

La vía de acceso es la laparotomía lateral para las peritonitis no circunscritas y para los abscesos ilíacos. Los abscesos lumbares peri-hepáticos, pelvianos, etc., se vaciarán por incisiones de sitio variable, según la localización del foco purulento. Se procurará siempre llegar al absceso y vaciarlo, evitando y protegiendo el peritoneo libre.

Al lado de estos casos en los que la intervención *en caliente* no puede evitarse, deben colocarse otros de resolución incompleta, caracterizados por recrudescencias más ó menos próximas ó por accidentes de infección subaguda.

La intervención en frío está indicada en todos los casos de apendicitis de recaídas. La indicación es también clara después de la crisis única, lo mismo cuando no queda rastro apreciable que cuando hay dolor localizado ó dureza que prueban el paso al estado crónico.

La apendicitis crónica, primitiva ó secundaria, justifica la operación. En la mayor parte de los casos curan los enfermos por la resección del apéndice. En algunos casos rebeldes es preciso además tratar las lesiones secun-

darias: destrucción de adherencias ó de bridas, liberación de asas intestinales desviadas ó acodadas, resección del epiploón inflamado ó afectado de inflamación crónica.

Los resultados de la intervención son satisfactorios: los trastornos dispépsicos y los accidentes de infección crónica, desaparecen por completo. La única contraindicación operatoria es la edad avanzada de los enfermos ó una alteración del estado general, independientes de la apendicitis, siempre que ésta sea crónica y no produzca accidentes agudos que pongan en peligro la vida.

Las indicaciones terapéuticas durante el embarazo son las referidas: sólo se intervendrá en caliente cuando no quede otro recurso. La intervención en frío es la condición ideal; no es incompatible en modo alguno con la vida del feto.—F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 3 *de Octubre de* 1900 (1).

Cálculos uretrales y peri-uretrales. — El Dr. Guinard: Dos observaciones de este género nos ha comunicado el Dr. Pluyesse. Una corresponde á un hombre de veinte años, que en su infancia debió ser operado de litotricia. La operación fué seguida de un tumor pequeño peniano, en cuyo sitio se desarrolló una ulceración. Cuando nuestro colega vió á este enfermo observó, además de dicha ulceración por delante del escroto, una tumefacción dura, indolora y situada en los tegumentos. La sonda introducida en el canal uretral permitía notar una dureza inflamatoria en el mismo sitio que la ulceración exterior, por la cual nunca había salido orina. Se practicó una uretrotomía externa que condujo sobre una bolsa peri-uretral, que contenía un cálculo. Después de la extirpación de la bolsa fué suturado el canal, y el enfermo salió del hospital, conservando una fístula pequeña; el cálculo pesaba 13'25 gramos. En el segundo caso se trataba de un hombre de cuarenta y cinco años que había tenido muchas blenorragias, y actualmente alteraciones de la micción sin infección. Al introducir una sonda, fué profundamente detenida por un cálculo intra uretral, que nuestro colega extrajo por una incisión externa; éste cálculo tenía una longitud de 48 milímetros, y un peso de 16 gramos.

Cálculo del colédoco. — Colecistectomía y coledocotomía. Curación. — El doctor Lejars: El Dr. Sierra nos ha comunicado una interesante observación, cuyo resumen es el siguiente: se trata de una mujer de treinta y cuatro años, que había tenido una crisis de cólicos hepáticos en 1886; otro ataque agudo en 1899, y en este momento se observó una masa dura y pequeña al nivel del borde del recto mayor. Abierto el vientre por la línea media, apareció la vejiga pequeña, pero llena de cálculos; se hizo la ablación, y después, reconociendo que había un cálculo en el colédoco, abrió este canal, extrajo el cálculo, suturó aquél y desaguó la herida durante cuarenta y ocho

(1) Primera del curso académico actual.

horas; la curación se obtuvo sin incidentes. En casos semejantes, puede ser más ventajoso abrir primero la vesícula, y una vez ésta vaciada, prolongar la incisión hasta el colédoco; en cuanto á la sutura de las paredes de este canal, es necesario estar prevenido por su friabilidad posible, ó por la presencia de una neoplasia, que hacen imposible la sutura de sus labios.

El Dr. Michaux: En los cinco ó seis casos que he operado, siempre hice primero la colecistectomía. Extirpada la vesícula, después de la ligadura, extraigo el cálculo. Este modo de operar es preferible á la incisión de la vesícula y del canal cístico, que expone al derrame de la bilis en el vientre.

El Dr. Routier: En casos semejantes comienzo por separar la vesícula, que abro y lavo; después me sirve para atraer el colédoco; nunca he hecho suturas, y mis resultados siempre han sido buenos.

El Dr. Schwartz: Creo que es una imprudencia no dejar el desagüe más que cuarenta y ocho horas, puesto que en algunas observaciones ha flaqueado la sutura á los cuatro ó cinco días. La colecistectomía previa no siempre es posible; cuando no lo es, puede practicarse la colecistotomía. Las suturas de la herida del colédoco no son indispensables para el éxito.

Codina Castellví.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la litiasis renal por la uresina. — La uresina, combinación de la urotropina y de la litina con el ácido cítrico, es decir, el citrato doble de litina y de urotropina fué recomendada por Soainki en 1898 contra la litiasis renal. Kudintzev ha experimentado recientemente la uresina y ha visto que es eficacísima para disolver la arenilla de la orina y para prevenir la irritación de las vías urinarias. Tiene además la ventaja de disminuir la proporción de ácido úrico. Ha empleado este medicamento á la dosis de 18 á 50 centígrados, siempre con buenos resultados.

(*La Med. Moderne.*)—F. Toledo.

Jornada de once horas: su influencia sobre el organismo. — El Dr. Brodski se propuso estudiar en sí mismo los efectos de una jornada de once horas. Esta consistió en cinco horas y media de trabajo seguido en las salas de un hospital y otro tanto en un laboratorio químico. Ambos trabajos exigían una gran atención, y se llevaron á cabo hallándose el sujeto de pié. El descanso del medio día duró dos horas y media, y el experimento se continuó por espacio de diecinueve días. En este tiempo disminuyó el peso del cuerpo 2 libras y 3/8, correspondiendo 1 libra y 8/10 á los principios albuminoideos y el resto á la grasa.

El autor se sentía siempre cansado, apático é indiferente á todo lo que le rodeaba, deduciendo de sus observaciones la conclusión de que una jornada de once horas, que exija gran atención y estar siempre de pié, destruye los tejidos orgánicos y debilita la resistencia del organismo. En los obreros de las fábricas, la jornada de once horas les impulsa instintivamente al abuso

de la bebida con todas sus consecuencias, hace más frecuentes los accidentes desgraciados, se opone á la cultura y perfeccionamiento del obrero y convierte al hombre en una máquina.—(*Wratsch*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de la tuberculosis laríngea. — *Lo que debe hacerse*: En el primer período, aconseja el Dr. Bommier las inhalaciones medicamentosas que se preparan agregando á medio litro de agua hirviendo una cucharada de la preparación siguiente:

Tintura de canela		
— de belladona		aa 30 gramos.
— de opio		
— de eucaliptus	100	—

Esta preparación es desinfectante por el eucaliptus y descongestionante por la belladona y el opio, que moderan las secreciones y corrigen la tos y el prurito laríngeo.

Es útil, además, la revulsión interna por la tintura de iodo, etc. El enfermo dormirá con las ventanas de la alcoba abiertas y con la boca cerrada, para respirar por la nariz.

En el segundo período, deben recomendarse las aspiraciones laríngeas. Para estas aspiraciones se emplea un tubo de 6 milímetros de diámetro encorvado, en forma de S y de las dimensiones siguientes: cayado menor, 1 centímetro; tubo, 20; cayado mayor, 4. Introduciendo el cayado mayor de este tubo en la laringe y aspirando por él polvo medicinal extendido sobre un papel, se consigue cubrir la superficie laríngea con el medicamento. Ledud, inventor de este tratamiento, que es de acción más segura que las pulverizaciones, recomienda el di-iodoformo, asociado á la cocaína y á la morfina si hay dolor:

Di-iodoformo	8 gramos.
Cloruro de cocaína	8 centígramos.
— de morfina	4 —

Si son necesarias las pulverizaciones ó los colutorios contra la infección y el dolor, se aconsejará:

Cloruro de cocaína	1 gramo.	
— de morfina	80 centígramos.	
Acido fénico	1 á 2 gramos.	
Antipirina	4	—
Glicerina pura	aa 50	—
Agua de menta		
Agua destilada	300	—

En el tercer período, sólo se empleará el tratamiento anestésico primero y antiséptico después.

Lo que no debe hacerse. — Está contraindicado: 1.° La permanencia en las costas, porque el aire irritante y húmedo y los cambios de temperatura, agravan la enfermedad;

2.° Las aguas sulfurosas, que favorecen la difusión del bacilo por toda la laringe y congestionan la mucosa respiratoria;

3.° Las pulverizaciones, que no toleran muchos enfermos;

4.° Las intervenciones quirúrgicas: galvano-cauterización, raspado, laringotomía, inyecciones intersticiales de cloruro de zinc al vigésimo. Estas intervenciones producen una gran reacción, y la congestión consecutiva no compensa los beneficios que pueden reportar.

(*Jour. med. de Bruxelles*).—F. Toledo.

Tratamiento farmacológico de las bronquitis subaguda y crónica.—El doctor Jacob Götz dice que el tratamiento que ha empleado con gran éxito en muchos cientos de casos de bronquitis subaguda y crónica, es el siguiente: Al principio prescribe un cocimiento de 5'0 de polígala por 200 de agua, al que añade 5'0 de licor amoniacal anisado. Cuando la expectoración ya es fácil, añade, además, de 2 á 5 gotas de esencia de pino enano. Primero echa en el frasco el licor amoniacal, y por último el cocimiento. El licor amoniacal se combina con la esencia (saponificación), y esta combinación se mezcla muy bien con el cocimiento. Lo mismo la poción expectorante que la mezclada con la esencia de pino, se prescriben en forma de una cucharada grande cada tres horas.—(*Prager med. Wochenschr.*).—R. del Valle.

Resaldol.—El resaldol, producto de la condensación del saloformo y de la resorcina, es un polvo amarillo, amorfo, muy ligero, soluble en la disolución tenue de sosa y de los alcalinos en general. Según Hermann, que ha hecho un buen estudio de este producto, el resaldol puede administrarse sin inconveniente á dosis de 10 gramos. Administrado en naturaleza, es disuelto por el contenido intestinal alcalino. Posee propiedades bactericidas y obra como astringente y desinfectante, de aquí su gran utilidad en las afecciones agudas y crónicas del intestino. Está indicado principalmente en el catarro gástrico agudo, en el catarro intestinal infantil, en el catarro crónico del intestino grueso, en las diarreas profusas del principio de la fiebre tifoidea, en la tuberculosis intestinal, en una palabra, en todos los casos de catarro y de ulceraciones gastro-intestinales. La dosis para los adultos varía de 3 á 5 gramos.—(*Terap. Montsh*).—F. Toledo.

Emulsión de creosotal.—El farmacéutico Sr. Zollner de Löffingen, dice que se obtiene una emulsión excelente de creosotal y que se conserva muy bien según la siguiente fórmula:

Polvo de goma arábiga	20 gramos.
Aceite de almendras dulces	40 —
Creosotal	20 —
Agua destilada	45 —

Esta mezcla se agitará mucho y al cabo de algunos minutos se obtiene una hermosa emulsión á la cual se pueden añadir:

Agua	15 gramos.
Cognac-Perú	50 —
Zumo de limón	10 —

(*Süddeutsche Aphoteker Zeitung*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ANESTESIA QUIRÚRGICA

PRODUCIDA POR LAS INYECCIONES INTRA-RAQUÍDEAS DE COCAÍNA

POR EL DOCTOR

D. MANUEL BARRAGÁN Y BONET

Profesor del Hospital de la Princesa. Madrid.

Durante mi estancia en París, como miembro del Congreso Internacional de Medicina, celebrado en agosto último, procuré ser asíduo asistente á las prácticas quirúrgicas de los distintos hospitales. Una de las mañanas, tocó el turno al Dr. Tuffier en el Hospital Lariboisière, viéndole operar una histerectomía abdominal total, un epitelioma del ombligo y un gran sarcoma de la región glútea con la anestesia medular por la cocaína. Este hecho, del cual tenía noticias, interesó, como es consiguiente mi atención, y salí tan persuadido de la eficacia y falta de peligros del método, que pensé ponerlo en práctica á mi regreso en la primera intervención quirúrgica. Así lo hice, y desde el día 16 de agosto hasta la fecha, he operado bajo la acción medular analgésica de la cocaína, 12 enfermos, de los cuales daré cuenta después.

Estas intervenciones fueron por lesiones infradiafragmáticas, y una en el brazo. En todas ellas, excepto la del brazo, no sólo se obtuvo de una manera positiva la pérdida de la sensibilidad para el dolor (analgesia), sino que ningún factor de importancia vino á perturbar la marcha de la operación.

He procurado antes de dar publicidad á los casos operados bajo la acción analgésica medular de la cocaína, darme cuenta, si no de todo, de parte de cuanto se ha escrito y hecho sobre este procedimiento, dando por resultado esta investigación que los primeros ensayos de cocainización medular, fueron de fisiología experimental,

y son debidos á Bier (de Kier), Franch y Sicard, Soldowitch (de San Petersburgo) operó algunos con este medio anestésico. Tuffier el día 11 de noviembre del 99 en la Sección de Biología, y el 29 en la Sociedad de Cirugía, dió cuenta del procedimiento en dos comunicaciones las cuales se encuentran sintetizadas y con hechos clínicos en la Tesis del Doctorado (1900) de su interno A. Cadot.

Posteriormente en mayo, la *Semaine médicale* publicó una brillante estadística de Tuffier. El Dr. Doleris, en la sesión del 17 de julio (1900) de la Academia de Medicina, presenta cinco casos de anestesia obstétrica, y por último, en la sección de cirugía general del Congreso Internacional, entre otras dos comunicaciones, una del Dr. Severeauni (de Bucharest), y la de Tuffier, que es la ampliación de la estadística excelente de mayo. En este mismo mes, el Dr. Guedea, en sus últimas lecciones al primer curso de Clínica quirúrgica, menciona á sus alumnos el novísimo procedimiento.

La técnica no puede ser más sencilla, es en un todo igual á la punción raquidiana indicada en el hidrocéfalo é hidrorraquis, que se encuentra descrita en todos los libros de la moderna cirugía: sólo varía el sitio y el fin que nos proponemos. La disolución de cocaína que se emplea, debe ser al 2 por 100, esmeradamente esterilizada y guardada en frasco de tapón esmerilado. La esterilización se consigue sumergiendo la disolución en el baño-maría á 80° C., durante quince minutos y se deja enfriar á 38° por espacio de cuatro á seis horas. Esta operación se repite tres ó cuatro veces (1).

No debe prepararse más solución que la necesaria para diez ó doce días, pues he observado que con disoluciones antiguas se obtiene la analgesia incompleta, á causa, sin duda, de la alteración que ésta sufre, como puede comprobarse por el cambio de los caracteres físicos de la misma; se enturbia, se hace algo lechosa, y vénse en ella copos blancos en suspensión.

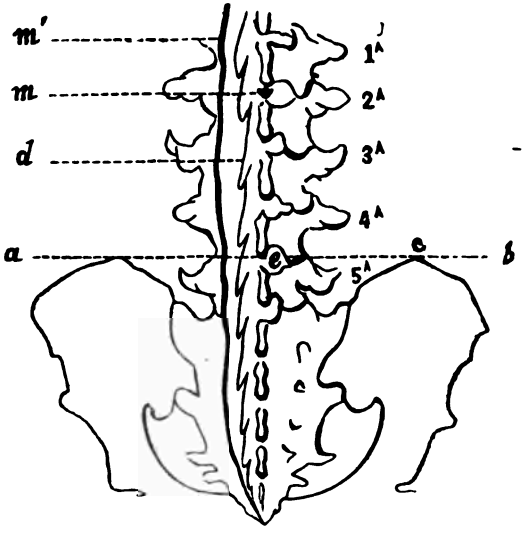
La aguja que me ha servido para la punción, tiene una longitud de 10 centímetros, 1 milímetro de diámetro y 7 de luz. La jeringa, la de Pravaz esterilizable ó de Roux.

Las agujas deben limpiarse cuidadosamente por dentro y por fuera antes y después de usarlas, y sobre todo *antes*, hay que tener especial cuidado de hervirlas y después tenerlas guardadas en un tubo de vidrio; yo me sirvo de uno de ensayo. Las dos copas donde se colocan las agujas y la disolución en el momento de usarlas, deben

(1) Tuffier, *Semaine médicale*, mayo 1900.

también ser hervidas y secas con gasa esterilizada; téngase cuidado de que la jeringa y aguja sean sólo tocadas por el operador.

Veamos ahora lo que tiene de quirúrgico este medio terapéutico ó sea la técnica operatoria de la punción raquidiana. Sentado el enfermo sobre el borde de la mesa de operaciones, la región lumbar, que previamente ha sido jabonada y limpiada en la sala, es objeto de nuevo de un jabonado y lavado con alcohol. Un ayudante señala la cresta ilíaca en *C*, deprimiendo con los dedos los tejidos que le cubren. El índice izquierdo del operador, colocado en el borde inferior



a b. Línea bi-ilíaca.—*c*. Cresta ilíaca.—*d*. Cola de caballo.—*m*. Terminación de la médula.—*e*. Espacio interlaminar que corresponde á la 4.ª y 5.ª lumbar.—*m'*. Meninges.

de la apófisis espinosa cuarta, que corresponde á la línea bis-ilíaca (*a*, *b*), señala y fija el punto de referencia de la interlínea laminar. Se advierte al enfermo que incline hacia adelante el tronco, á fin de producir entre las dos láminas un espacio mayor. Con el índice y pulgar de la mano derecha, se coge la aguja y se hace la punción á 1 centímetro, poco mas ó menos, por fuera del índice izquierdo, que señala la apófisis cuarta sobre la línea *a*, *b*. La aguja perfora la piel, la aponeurosis, los músculos sacro-lumbares, el cuadrado de los lomos, el espacio interlaminar, los ligamentos amarillos y las meninges raquidianas. Llegada á este punto, se nota la falta de resistencia y vése salir el líquido cefalo-raquídeo gota á gota por la

cánula, límpido, diáfano, semejante al de los quistes hidatídicos. Cargada la jeringa y adaptada á la cánula, viértase su contenido muy despacio en la cavidad raquídea. Separada la aguja se barniza con colodion iodofórmico la picadura y se coloca al enfermo en posición necesaria.

I.—Resección calcáneo-astragaliana del pié izquierdo.—Curación

Joven de diecinueve años, que ingresó en la sala de San Fernando del Hospital de la Princesa en mayo, con la historia y síntomas de una artritis fungosa tibio-tarsiana. Inflamación difusa dolorosa á la presión, color normal de la zona inflamada, claudicación. En el mismo mes de su entrada se le hizo una artrectomía parcial, cicatrizó, pero continuó la cojera y el dolor, tanto, que le era imposible la progresión; esto me obligó á practicar una segunda operación el 16 de agosto. Inyecté en el conducto vertebral 1 centígramo y medio de cocaína. Dos minutos después hice la operación por el procedimiento de Chalot. La enferma sintió un ligero dolor al incindir la piel y no volvió á sufrir molestia alguna durante ella. El pulso marcaba 86 antes de empezar, y subió á 104 á los diez minutos; sintió náuseas y un sudor profuso, contracción pupilar. El curso post-operatorio en lo que respecta á pulso y elevación térmica, lo sintetizaré al terminar con las demás observaciones.

II. — Osteotomía diafisaria del femur, de 6 centímetros, seguida de sutura

Lorenzo Rosado, de cincuenta y cuatro años, casado, jornalero, natural de Madrid. Individuo de constitución débil. Ingresó en el Hospital con una fractura oblícua del femur izquierdo por su tercio superior. Vendaje apropiado y extensión permanente; los fragmentos no consolidaron: hubo acabalgamiento y pseudo-artrosis. Le operé el 16 de agosto, inyectando 2 centígramos de clorhidrato de cocaina; á los dos minutos incindí la piel; el enfermo no acusó dolor durante las maniobras operatorias, el pulso subió de 80 pulsaciones á 108. Durante la operación tuvo náuseas y sudor con aplanamiento general y tendencia al síncope. Mandé ponerle una inyección hipodérmica de éter, y se reanimó, terminando la operación sin más novedad.

III.—Para-apendicitis.—Laparotomía.—Curación

El 24 de agosto último fuí llamado en consulta para ver á D. Arnaldo de España, el cual presentaba todos los síntomas de una apendicitis, diagnosticada así por un distinguido profesor militar que le visitaba. El enfermo había tenido varios ataques de cólico apendicular, y el último, que databa de veinte días, había sido verdaderamente brutal, dolor abdominal violento, vómitos alimenticios, estreñimiento y peritonismo, insulto cerebral. En el reconocimiento comprobé el vientre timpanizado y doloroso en general, y localizado en el punto de Mac-Burney; pastosidad en la fosa ilíaca derecha, fiebre vespertina y *fascies abdominal.*

El 27 de agosto le inyecté 1 y medio centímetros de cocaína, comenzando la operación á los cinco minutos.

Laparotomía ó sea incisión paralela al arco crural. Explorado el ciego, el apéndice y la terminación del íleon, me encontré con una verdadera para-apendicitis y estrangulación del ciego, ocasionada por una brida transversal peritoneal, que comprimía el ciego á nivel de la desembocadura del íleon. Incindí esta brida, separé el peritoneo, que había establecido adherencia con el ciego, notándose en seguida el paso de los gases desde el íleon al colon ascendente; sutura por planos.

El pulso antes de hacer la inyección 74, á los tres minutos subió á 90, á los veinte minutos á 112, empezando desde este momento á descender hasta quedar en 68 al terminar la operación. No sintió dolor en ninguno de los tiempos de la operación, sólo le molestó la incisión de la piel.

Al cuarto día de operado noté nuevamente pastosidad, aunque ligera, de la fosa ilíaca derecha. Le administré el aceite de ricino, movió el vientre en cantidad, cediendo aquellos fenómenos, dándole el alta á los doce días de operado. La herida cicatrizó por primera intención.

IV.—Endometritis fungosa, raspado intrauterino y cauterización consecutiva.—Curación

Juana Tezoy, de veinte años, de Madrid, ingresó en el Hospital el 16 de agosto con todos los síntomas de la mielitis hemorrágica, dolor uterino, sensación de peso en la región, flujo de sangre casi conti-

nuo. Con el espéculum y la histerometría di certeza al diagnóstico.

El 20 de agosto la inyecté 1 $^1/_2$ centígramos de cocaína; á los seis minutos comencé la operación, la cual terminé sin la menor molestia. El pulso á los diez minutos, subió á 110; á los veinte, á 130; á los treinta, á 100; á los cincuenta, á 76; las mismas que al comenzar.

V.—Degeneración esclerosa balano prepucial.—Fístulas uretropenianas múltiples.—Amputación del tercio anterior del pene.—Curación.

Francisco García, de cincuenta y un años, casado. Presentaba parafimosis, esclerosis del prepucio, varias fístulas en el glande, tenesmo vesical, dolor al orinar. El día 26 de agosto le operé empleando el mismo procedimiento que en los anteriores. El pulso marcaba antes de empezar 80 pulsaciones; después de dos minutos, subió á 124, haciéndose blando y depresible; posteriormente descendió, quedando en 111 al terminar la operación.

VI.—Cistitis fungosa.—Legrado vesical.—En tratamiento

Cristina Martín, de treinta y seis años, casada. Se quejaba desde hace cinco años de dolor al expulsar la orina, micciones frecuentes, hematurias, constante y abundante dolor gravativo en la región lumbar, sensación de peso en el periné; la orina deja un sedimento terroso. Reconocimiento cistoscópico, la imagen correspondiente á la cistitis fungosa.

El día 8 de septiembre la operé, empleando la misma técnica que en los anteriores. Antes de la inyección el pulso marcaba 80 pulsaciones; después empezó á descender, marcando 70 á los cuatro minutos y 56 al terminar de operar.

VII.—Litotricia seguida de la evacuación de fragmentos (litolapaxia).—Curación

Enfermo de sesenta y ocho años, de Sevilla, que hacía veinte venía padeciendo de los síntomas de la cistitis calculosa. Reconocido y comprobada la presencia del cálculo, sus dimensiones y blanduras probables, llevé á efecto la litotricia el 11 de septiembre, consiguiendo fragmentar el cálculo y evacuar en la misma sesión todos los fragmentos con el aparato de Guyon.

En este enfermo, la acción analgésica de la cocaína no llegó á efec-

tuarse hasta los diez minutos, después de inyectar 2 centígramos. El pulso que al comienzo era de 80, subió á los dos minutos á 110, acompañado de un sudor profuso, pero sin trastorno alguno cerebral.

VIII.—Descenso uterino.—Prolongación hipertrófica con atresia. Amputación conoidea.—Curación

Emilia López, de veintisiete años, casada. Hace tres años tuvo un aborto, observando al poco tiempo sensación de peso en el periné, irregularidad en la menstruación que antes del aborto duraba cinco días y después dos solamente; sensación de un cuerpo extraño en la vulva que desaparecía con el reposo y aparecía con el ejercicio: en ciertas ocasiones este cuerpo extraño rebosaba algunos centímetros de la vulva.

El día 24 de septiembre la operé por el procedimiento ya descrito; antes de la inyección, 90 pulsaciones, á los diez minutos 112, quedando en 76 al terminar.

IX.—Fístulas uretro-perineales y perineo-rectales.—Uretrotomía externa.—Resección de un fibroma peri-uretral. Curación

Enrique Expósito, de treinta y ocho años, soltero, natural de Madrid. Ingresó con trayectos fistulosos en el periné, en comunicación con la uretra unos y otros con el recto, dolores intensos al orinar y al defecar; deyecciones purulentas, orinas turbias y de olor fétido, induración en todo el periné.

Se operó el día 14 de septiembre: inyecté un centígramo y medio de clorhidrato de cocaína; tres minutos después introduje la sonda acanalada sin sentir nada el enfermo. Pulso antes de la inyección 80; cinco minutos después 76; al terminar de operar 102.

X.—Epitelioma del pene.—Amputación media.—Curación

Daniel Lain, de cincuenta y tres años, casado, labrador, natural de Nueda (Cuenca). Empezó hace cinco meses á observar puntos rosáceos en el surco balano-prepucial, después aumentaron hasta ocluir el meato. Cuando ingresó el 15 de septiembre en el Hospital, presentaba todos los síntomas de epitelioma.

El día 24 se operó: después de la inyección el pulso sufrió poca variación; de 80 pulsaciones subió á 86; sintió dolores durante tod operación debido á que la disolución de cocaína era antigua.

XI.—Osteo-periostitis del cúbito derecho

Antonio San Bernardino, de veinticuatro años, soltero. Ingresó con un trayecto fistuloso, corto, perpendicular, en la cara posterior del antebrazo derecho, que se formó hace seis meses, sufriendo alternativas de ocluirse y abrirse, dolor ligero, tumefacción.

Inyecté 2 centígramos de cocaína y procedí á la operación. El enfermo sintió fuertes dolores, por lo cual suspendí el raspado del hueso y toda maniobra quirúrgica: el pulso subió de 74 á 102.

XI.—Fisuras del ano.—Tumores hemorroidales.—Dilatación forzada del recto.—Extirpación

Manuel Calderón, de sesenta y dos años, casado. Ingresó con tumores hemorroidales de tres meses de fecha, quejándose de fuertes dolores, tenesmo rectal y abundantes rectorragias.

Le operé empleando la técnica descrita. Pulso antes de la inyección 80; á los cinco minutos 124; á los diez minutos 160; así continuó media hora, al cabo de la cual empezó á descender.

Alteraciones en el pulso y temperatura en el mismo día de la operación.

	Horas.	Temperatura	Pulso
I	1	37,8	102
	3	38	102
	6	38,4	106
	9	37,3	100
II	1	37,6	108
	3	38,2	110
	7	38,8	112
	12 *día siguiente.*	38,5	96
	7	38	84
	9	37	76
III	1	37,2	79
	3	39,1	90
	5	38	86
	7	37	80
IV	1	37	90
	4	38,8	120
	6	38	120
	10	37	100
V	1	38	90
	3	38,2	102
	7	39,1	124
	7 *día siguiente.*	37,3	74
VI	1	37	78
	5	37,4	82
	8	38,2	96
	10	37	100
VII	12	39	140
	4	39,4	145
	7	37,9	100
	10	37	80
VIII	4	38,7	92
	8	39	116
	8 *mañana, día siguiente*	39,6	84
	8 *tarde*	37	84
IX	1	37	70
	4	37,6	84
	8	37,5	82
X	11	37,5	78
	12	38,6	110
	4	37,8	102
	8	37,4	94
XI	12	38,3	100
	5	38	90
	8	37,2	76
XII	12	37,4	120
	4	38,5	112
	8 *mañana, día siguiente*	37,1	90

Resulta de estas observaciones:

1.° Que en casi todos los operados, momentos después de comenzar el cocainismo medular, el pulso aumenta en frecuencia hasta llegar á 140 como máximum, y desciende al terminar la analgesia.

2.° Que en el 90 por 100 se presentan náuseas y vómitos durante la acción analgésica.

3.° Que la analgesia se produce con rapidez, tres á diez minutos después de la inyección.

4.° Que la elevación térmica post-operatoria, es como máximum de 39°,6 y remite en el 80 por 100 de los casos; el mismo día á 37 y décimas.

5.° Que la duración de la anestesia generalmente es de cincuenta á sesenta minutos para 1 y ½ cent. de cocaína.

6.° Que el embotamiento de la sensibilidad empieza en los dedos del pié á los pocos segundos de inyectar y asciende hasta la línea diafragmática, extendiéndose, aunque menos, á la línea mamilar, sin llegar á la extremidad superior.

No se explica esta elevación de temperatura en casi todos los enfermos, sino admitiendo, ó una acción rápida y fugaz de la cocaína sobre los centros térmicos, ó bien por una sobrexcitación central á fin de aumentar el poder de eliminación; pues nada en otro sentido hemos comprobado en el acto operatorio. Además de esta perturbación, suele ocurrir (así va consignado en las historias) que algunos enfermos tienen náuseas, vómitos, sudores y cefalalgia, fenómenos que cedieron también con rapidez y no ocasionaron trastornos positivos. En cambio, he visto en todos el contraste excelente de no variar su semblante, de conversar y razonar como si les tuviera sin cuidado las extensas incisiones, dividirles un hueso, abrirles el peritoneo y manosear el intestino.

¡Qué acción tan hermosa la de 1 centígramo de cocaina!

En el orden técnico de la punción, suele ocurrir en algunos casos, no encontrar la línea interlaminar, bien por vicios de conformación vertebral ó por no poder marcar bien los puntos de referencia; en semejantes casos, conviene más practicar una nueva punción, que hacer tanteos rozando las láminas con la cánula.

No quiero establecer aquí el paralelismo entre la anestesia clorofórmica y la cocainización medular, lo haré en otra ocasión cuando reuna mayor número de casos; pero á ninguno se le ocultará, que tiene ventajas indiscutibles. Todos saben la excepcional importancia que tiene el reposo en la cicatrización inmediata de las heridas,

ninguno de los ilustrados compañeros ignoran, que las relaciones entre vasos y nervios en las soluciones de continuidad limpias y asépticas, se establecen en las primeras veinticuatro horas, contando con el reposo de la zona traumatizada, imposible de obtener después de la anestesia por el cloroformo. En las intervenciones de vientre sus ventajas suben de punto; faltan los vómitos en la mayoría de los casos, y sobre todo, que el cirujano manda y el enfermo obedece, lo que no sucede después de administrar el cloroformo.

No quiero terminar sin repetir que el *procedimiento es inofensivo, siempre que se cumplan rigurosamente las leyes de la asepsia en el enfermo, operador, líquido é instrumental de inyección*; y hacer presente, por último, que las 12 operaciones fueron hechas en presencia de varios colegas y de internos del Hospital.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

POR EL CACODILATO DE SOSA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO BÉCARES

Médico de Villafrechós (Valladolid).

La cuestión de la curabilidad de la tuberculosis pulmonar, origen de tantas discusiones, acaba de ser afirmativamente resuelta en el Congreso que con este motivo se celebró en Nápoles del 25 al 28 de abril del corriente año.

Allí reunidos una pléyade de hombres ilustres, se han discutido las cuestiones más importantes referentes á etiología y profilaxis, patología y clínica, terapéutica y Sanatorios, terminando por admitir casi de modo unánime, que el mejor tratamiento de los tuberculosos es la cura en los Sanatorios, auxiliada de los medios farmacológicos.

Mas á pesar de la verdad que entraña esta afirmación, no podemos contar hoy con esos medios de tratamiento, ya que en España y merced á los asiduos trabajos del Dr. Moliner, sólo contamos con un Sanatorio para tuberculosos pobres; el Sanatorio de Porta-Cœli (Valencia).

Es por demás inútil decir que ínterin no se generalicen esas Casas de salud, y á pesar de reconocer su importancia, estamos tan des-

armados como antes en la lucha con el bacilo, y por consiguiente, y entre tanto llegue á descubrirse la substancia bactericida que anhelamos, tenemos necesidad de emplear el tratamiento higiénico-dietético y el farmacológico, que aún nos permiten algunos triunfos en los primeros períodos de la tuberculosis pulmonar.

No es nuestro propósito exponer rigurosamente el método de tratamiento por los distintos fármacos que se vienen describiendo en las obras de patología, sino únicamente dar á conocer algunos casos clínicos tratados con relativo éxito, por un medicamento modernamente introducido en la terapéulica; el «cacodilato de sosa».

Esta substancia, que se presenta bajo la forma de un polvo blanco amorfo y muy soluble en agua, ha hecho su ingreso en farmacología en sustitución del ácido cacodílico usado hace ya algunos años, pero que por su toxicidad y olor desagradable hubo necesidad de abandonar.

El cacodilato de sosa, principal agente auxiliar de la cura higiénica, basada en la aireación, reposo y alimentación, es muy poco tóxico preparado convenientemente, de tal modo que ni aun los tísicos con lesiones intestinales sufren accidente alguno. Tampoco he observado la albuminuria de que se han lamentado algunos experimentadores.

Su gran solubilidad en el agua que permite obtener disoluciones perfectamente claras, su riqueza en ácido arsenioso á la par que su pequeña toxicidad, le han dado la superioridad sobre su congénere el ácido cacodílico.

Esta substancia, si bien no ejerce acción específica sobre los bacilos tuberculosos, como no la ejerce ninguna de las hasta ahora conocidas, al menos mejora las condiciones orgánicas y aumentando la resistencia del tejido pulmonar, hace más difícil el desarrollo de los bacilos. Además, mejorando la nutrición como se comprueba por el aumento de peso del cuerpo, aumentarán las defensas orgánicas que harán la lucha más ventajosa para el individuo.

Tiene el cacodilato de sosa la ventaja sobre la mayor parte de los medicamentos usados en esta enfermedad, que respetando para su administración el tubo digestivo (aunque también puede usarse por esta vía), los enfermos no llegan á sentir repugnancia por mucho que se prolongue su uso, y no alterándose el apetito, la nutrición se efectúa en mejores condiciones.

El mejor modo de administración del cacodilato de sosa es en *inyecciones hipodérmicas*, cuyo método es de tal modo inocente y tan

poco doloroso, que no se produce irritación local alguna á no descuidar la limpieza de la piel.

La fórmula que yo empleo es la de Armand Gautier, que constituye una medicación antituberculosa nueva, y consta de:

Cacodilato de sosa.....	6,40 gramos.
Agua hervida.....	100 cent. cúb.
Solución de ácido fénico al 1/10.....	VI gotas.

Esta solución aconseja su autor hacerla hervir, filtrarla por un filtro esterilizado y completar el volumen de 100 centímetros cúbicos con agua hervida.

De este modo preparada, cada centímetro cúbico contiene 5 centígramos de cacodilato.

El ácido fénico únicamente sirve para conservar la solución.

Para hacer la inyección, se eligen como de preferencia la región del vacío, el hipogastrio ó las nalgas, previa asepsia de la piel. Cargada la jeringa que debe ser esterilizable, se inyectan de cada vez 5 centímetros cúbicos, que son por lo regular suficientes, repitiendo las inyecciones durante seis días y suspendiéndolas igual tiempo (método de Armand Gautier aplicado por Letulle) Caso de necesidad, pueden inyectarse de cada vez 10 centígramos de cacodilato.

No es que se vaya á creer que el cacodilato de sosa cura todas las tuberculosis, porque los tísicos avanzados, con fiebre y caquécticos, el mismo Gautier declara que no encuentran alivio alguno. Pero en los primeros períodos sobre todo, los efectos son excelentes, como lo voy á probar con los tres casos clínicos siguientes:

1.° M. G., natural de Morales (Valladolid), de veintinueve años, soltero y de antecedentes tanto hereditarios como personales tuberculosos. En diciembre de 1899 tuvo una hemoptisis ligera, y se presenta en mi consulta el día 5 de febrero último.

Además del hábito tísico muy marcado, aprecié por el examen físico del tórax en la región clavicular derecha, fenómenos de infiltración tuberculosa, debilidad del murmullo vesicular, crugidos y estertores subcrepitantes inspiratorios. La tos era frecuente y algo fétida la expectoración, en la que se encontraron bacilos de Koch y muy pocos estreptococos. El enfermo pesaba 49 kilogramos aproximadamente.

Además de aplicarle el termo-cauterio en el punto de las lesiones, le sometí al tratamiento por las inyecciones de cacodilato de sosa según la fórmula citada. El día 7 de febrero le puse la primera inyección en las nalgas, alternando en las siguientes con el hipogas-

trio y los vacíos, y suspendiéndolas y continuándolas según recomienda Maurice Letulle. El día 7 de abril le había puesto 30 inyecciones, que á 10 centígramos de cacodilato cada una, puesto que cada vez le inyectaba 2 centímetros cúbicos, sumaron 3 gramos de cacodilato de sosa.

El día 8 de abril volví á explorar al enfermo, sorprendiéndome de encontrar muy mejorados los puntos que en mi primera visita aparecían con infiltraciones. Los crugidos habían desaparecido, y se observaba un poco de aspereza en el murmullo respiratorio. Por lo demás, el enfermo comía con apetito y no se cansaba como antes al menor esfuerzo. La tos apenas le molestaba y había desaparecido la pequeña fetidez de la expectoración. Pero sobre todo llamó mi atención el aumento de 2 kilogramos de peso que acusó; es decir, que pesaba 51 kilogramos. Esto me entusiasmó en el tratamiento, y decidí continuar con las inyecciones que repetí hasta el 31 de mayo, en que el enfermo solicitó retirarse á su domicilio por considerarse notablemente mejorado.

2.° A. F., natural de Villafrechós (Valladolid), de treinta y un años, diagnosticado de tuberculosis pulmonar en período de infiltración.

Tuvo dos hemoptisis, pero la última sobre todo fué tan abundante, que se quedó en extremo debilitado y sin fuerza (1.° de enero de 1900). Tenía tos frecuente y expectoración sanguinolenta, que pudo hacerse desaparecer con el reposo en el lecho y administración de los estípticos. El examen del aparato respiratorio demostró la existencia de la respiración ruda y áspera, la disminución del murmullo vesicular y estertores subcrepitantes localizados en los dos vértices. La expectoración se hizo muco-purulenta y abundante, y examinada bajo el punto de vista bacteriológico, se encontraron en abundancia bacilos de la tuberculosis y algún estreptococo. El peso del enfermo, que desde que leí á Letulle en sus *Observaciones sobre el cacodilato de sosa*, nunca me olvidé de precisar, era de 58 kilogramos. Sin duda de ningún género en el diagnóstico, le someto al tratamiento por las inyecciones de cacodilato de sosa así que desapareció la sangre de la expectoración, el día 28 de enero; y repetidas con el mismo método que en el enfermo anterior, recibió hasta el día 15 de junio último 72 inyecciones, que sumaron 7 gramos 20 centígramos de medicamento.

La observación del enfermo el día 16 de junio, da el resultado siguiente: la expectoración es de saliva mezclada con algo de moco

y en pequeña cantidad, la tos menos frecuente, el apetito notablemente aumentado, y por consiguiente la nutrición muy activa y aumentado el peso del cuerpo, que acusa en la balanza 62 kilogramos, esto es, 4 más que al principio de la observación. Las fuerzas, aunque se han recobrado bastante, no lo suficiente para que pueda hacer la vida ordinaria. El examen físico del tórax solamente acusa alguna disminución del murmullo vesicular.

En resumen, este enfermo notablemente mejorado, puede completar su curación con sólo una cura higiénico-dietética.

3.° F. M., de Villamuriel (Valladolid), de veintiséis años, soltera y con antecedentes y hábito tuberculoso. Acude á mi consulta el 21 de marzo último, acompañando un frasco con la expectoración que era francamente purulenta y con alguna estría de sangre.

Reconocida por los medios exploratorios usuales, se aprecian en la parte posterior de los vértices pulmonares, en la fosa supra-espinosa, crugidos mucosos y estertores de burbujas; además, aspereza del ruido respiratorio vesicular y espiración prolongada. Peso, 52 kilogramos. Hecho el diagnóstico de tuberculosis en período de reblandecimiento, recomendé hacer el examen bacteriológico de la expectoración, que no se efectuó por falta de medios. Sin embargo, obré en consonancia con mi juicio clínico. Por de pronto, la hice una revulsión enérgica con el líquido de Videt en cada lado afectado y la dispuse una poción con clorhidrato de heroína para calmar la tos que tanto la molestaba, y el día 23 de marzo la someto al tratamiento cacodílico, poniéndola la primera inyección de 5 centígramos y continuándolas después según el método descrito, pero de 10 centígramos cada una. Recibe en conjunto hasta el 4 de julio anterior 54 inyecciones, que suman 5 gramos 35 centígramos de cacodilato de sosa.

A los quince días de empezar este tratamiento, la enferma se resistía á continuarlo por no experimentar alivio alguno, pero á instancias y ruegos míos conseguí que se sometiese á su empleo, y en efecto, á las 20 inyecciones recibidas, se comienza á notar un aumento en el apetito y disminución de la expectoración y de la tos. Esto levanta su decaído ánimo, y la enferma solicita ya este tratamiento, que se continuó hasta la época citada.

El 5 de julio vuelvo á explorar á la enferma, y resulta que la expectoración se ha modificado, que es mucosa y aireada, que la tos ha disminuído bastante, reduciéndose la mayor parte de las veces á movimientos de espiración bruscos, que son suficientes para expul-

sar los productos de secreción laringo-traqueales. Sólo cada cierto tiempo los esputos contienen algún elemento concreto.

Por el examen del tórax se ve que de los signos encontrados en el pulmón en la primera observación, sólo quedan algunos estertores, pero pequeños, superficiales y finos, que sólo se perciben cada cierto número de respiraciones.

La determinación de su peso en kilogramos es de 56, habiendo aumentado 4 durante el tratamiento.

En resumen, su aspecto general ha cambiado y su estado es bastante satisfactorio.

Después de esta última exploración, y en vista de la notable mejoría, la enferma es dada de alta á condición de volver á ponerse en tratamiento si algún incidente interrumpiese su curación. El día 29 de julio que ví á la paciente en su casa, se dedicaba á sus ocupaciones ordinarias.

Estos son los casos más felices que puedo exponer á la consideración de mis compañeros, y si bien nada dicen en absoluto, permiten deducir que la tuberculosis pulmonar en su primer período, y aun en el de reblandecimiento, se puede detener y aun curar, y entiendo por tal curación que los bacilos tuberculosos encerrados en un tejido de cicatriz, no puedan seguir evolucionando, aunque la parte que sufrió la lesión quede reducida á un tejido de esclerosis duro y sin ninguna propiedad vital.

Desgraciadamente en períodos más avanzados, cuando las cavernas se forman y extienden, cuando aparecen fenómenos de intoxicación (fiebre) y los sudores profusos debilitan y extenúan al enfermo, entonces es ya muy difícil obtener un solo caso de curación, á pesar de recurrir á los medios recomendados como más eficaces.

Quizá algún día la terapéutica con el descubrimiento de una substancia que destruya los bacilos tuberculosos, permita contar entre los éxitos estos últimos casos.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DOCTOR

DON RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

TRATADO ELEMENTAL DE DERMATOLOGÍA, por L. Brocq y L. Jacquet, traducido por D. Domingo F. Campa. Madrid, 1900.

Reunir en un *Tratado elemental* las nociones de dermatología que debe conocer todo médico práctico; poner á éste al corriente de las novedades útiles que en el estudio de las enfermedades de la piel ha traído el progreso de los tiempos, sobre todo en lo relativo á su tratamiento, que dista mucho de consistir tan sólo en la aplicación de un corto número de fórmulas ó de procedimientos para cada especie dermatológica; tal es el objeto que se han propuesto los autores del presente libro, y que han realizado cumplidamente con su doble carácter de especialistas de reconocida competencia y de escritores que exponen las materias de que tratan con claridad, sencillez y método.

La obra consta de cinco partes. En la primera se expone la sintomatología general con un capítulo, de gran utilidad práctica, en que se estudian las lesiones elementales; comprende además la anatomía patológica, la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de las dermatosis en general, y termina con un capítulo destinado á las clasificaciones dermatológicas. En esta parte de la obra merecen especial mención las notables investigaciones de Jacquet sobre la intervención del traumatismo en la producción de las dermatosis sintomáticas, intervención que se pone muy bien de manifiesto, entre otros hechos, con el de la extinción brusca y absoluta de una urticaria en determinada zona, cuando ésta se cubre herméticamente, reapareciendo la erupción tan pronto como cesó la causa que hubo contenido su desarrollo. En el capítulo relativo al tratamiento general de las dermatosis, los autores estudian de un modo muy completo la higiene de la piel, el régimen alimenticio, el tratamiento de las alteraciones de los diversos aparatos y los medicamentos llamados específicos. También es muy completo el capítulo dedicado al tratamiento externo: baños medicamentosos, envueltas, lociones, pulverizaciones, jabones, cataplasmas, polvos, pomadas,

pastas, colas y gelatinas, emplastos, colodiones, traumaticinas y películas.

En la segunda parte se estudian las deformidades cutáneas, circunscritas y difusas, las dermatosis de causa externa é interna, y las parasitarias; en la tercera, las tuberculosis cutáneas, las demás dermatosis de origen reconocidamente microbiano y las neoplasias; en la cuarta, el criterio de clasificación ya no es único, así es que comprende dermatosis que se distinguen por su lesión elemental y otros que se caracterizan por la perversión funcional de diversas glándulas. Por último, el grupo de afecciones cutáneas en cuya patogenia interviene una alteración del sistema nervioso, y á que dan los autores el nombre de dermatoneurosis, es el que se estudia en la quinta parte. Termina la obra con un formulario, en que se sigue el orden alfabético de enfermedades, el mejor indudablemente para las necesidades de la práctica.

Para terminar esta nota, sólo me resta decir que el distinguido médico de baños, Dr. Fernández Campa, no se ha limitado á verter fielmente á nuestro idioma el original francés, sino que le ha puesto notas muy oportunas, en las que, ó bien expone su criterio, especialmente respecto á las indicaciones de las aguas minerales de nuestra Península en determinadas afecciones cutáneas, ó da cuenta de los resultados que han obtenido algunos especialistas de nuestra patria con el empleo de ciertos procedimientos en la terapéutica de algunas dermatosis.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Complicación poco estudiada de la catarata. — En los *Anales Médicos Gaditanos*, publica el Dr. del Toro ideas relativas al caso que extractamos á continuación:

Se trata de enfermos que afirman de un modo terminante que jamás han padecido de los ojos, la pupila está redonda, y si se nota algo más dilatada á la grande luz que en el ojo sano, puede muy bien atribuírsele á la existencia de la catarata en la cual el grado de opacidad existente guarda perfecta relación con la *cantidad* de visión que se conserva, y existen los cuatro fostenas. Las otras membranas del ojo se encuentran sanas, en los órganos protectores y lubrificadores no existe novedad alguna.

Se decide la operación y practican algunas instilaciones preliminares con el colirio de atropina y entonces la catarata capsulo-lenticular, diagnosticada antes, es evidente, pero la acción de la atropina ha sido incompleta y nótase que dicha dilatación no pasa y á veces no llega del número 4 de la escala de pupilas de Follin y la pupila no es circular sino ovoidea con el mayor diámetro y la gruesa extremidad en una ú otra dirección y á veces tiene la figura de un triángulo curvilíneo, notándose por consecuencia que las fibras radiadas del iris se han contraido desigualmente.

Sin el diagnóstico de la complicación indicada, dice el Dr. del Toro, ocurre lo siguiente : «La sección del pequeño colgajo querático no ofrece la menor dificultad ; se incinde la cristaloides anterior y las presiones hechas en las extremidades del diámetro vertical del ojo no sacan al cristalino de su inmovilidad y si en vista de la resistencia encontrada se aumentan aquellas, logra al fin desprenderse una pequeña porción de la circunferencia del cristalino presentándose la hialoides por este punto, rompiéndose y dejando salir una ó más oleadas del humor vítreo.

Si entonces el operador no comprende aún de lo que se trata y no se le ocurre un medio de oponerse á que continúe dicha salida, subsiste el cristalino inmóvil en el campo operatorio y sigue la salida dicha. En este caso si se introduce la cucharilla de Critchett por detrás de la catarata ejerciendo una tracción que dé por resultado su extracción, precisa practicar alguna presión sobre el cristalino cuyo resultado es contusionar el iris y cuando la operación se ha terminado, queda el ojo reducido á un ollejo con la herida entreabierta, el septum irideo contuso, tal vez desprendido en algún punto de los procesos ciliares, la cantidad de humor vítreo reducida á menos de la mitad, algunos restos corticales en las cámaras que es imprudente ya tratar de extraer y la ruina del ojo en perspectiva inmediata».

Hacen presumir el diagnóstico, que el examen pupilar confirma los fenómenos siguientes :

1.° Cierta dificultad en los movimientos del iris.

2.° Concavidad anterior de esta membrana.

3.° Desaparición de la cámara posterior del ojo.

4.° Falta de la sombra que de ordinario proyecta el círculo menor del iris sobre la catarata.

Todos estos síntomas se observan perfectamente sin el uso de los midriáticos.

1.° Impresionando alternativamente ambos ojos con una luz muy viva, la pupila del ojo sano puede llegar al número 1 de la escala de Follín ; la del enfermo no pasará jamás del número 2. Existe, pues, una diferencia en la dilatación de cada una de las pupilas.

2.° y 3.° Es evidente, que unida la cara posterior del iris á la cristaloides anterior, por medio del exudado ya organizado existente, falta precisamente la cámara posterior del ojo, que no es otra cosa que el espacio (vacío en estado normal, ó mejor dicho, ocupado por una pequeña cantidad de humor acuoso) que existe entre la cara posterior del iris y la cristaloides anterior. No existiendo la cámara posterior, el iris se excava anteriormente, especialmente por la parte más próxima al círculo mayor.

Dicha ausencia de la cámara posterior y el adosamiento de las partes que

la forman, da por resultado que la sombra que en estado normal proyecta el círculo menor del iris sobre la cristaloides (sombra que es muy marcada cuando ésta es de color más ó menos blanco, á causa de su opacificación), no existe.

Con estos tres últimos síntomas puede haber alguna duda. Cuando la catarata es capsulo-lenticular y existe, no la momificación de la lente, tan frecuente en los viejos (momificación ó desecación que en el caso de ser muy pronunciada, da origen á la catarata negra), sino su reblandecimiento que llega á veces hasta á determinar una verdadera emulsión, en cuyo centro se halla el núcleo, duro todavía, entonces aumentado de volumen el sistema ó aparato cristalino, comprime éste al iris, haciendo desaparecer la cámara posterior, y no existiendo tampoco la sombra proyectada. Hay, sin embargo, manera de distinguir cuando dichos síntomas son hijos del aumento de volumen, debido á una catarata blanda, y cuando son producidos por las adherencias de que se ocupa. En el primer caso, el iris parece convexo, y la cámara anterior del ojo está disminuida; en el segundo, aquél está plano ó cóncavo, y ésta tiene la capacidad normal.

Pero el signo más evidente de las adherencias periféricas del iris á la cristaloides anterior, consiste en la irregularidad con que se dilata la pupila por la acción del colirio de atropina. Esta irregularidad, no consiste en formarse ángulos salientes y entrantes que dan á la pupila la figura de un polígono irregular. En los casos de referencia, la pupila es redonda, ó cuando más oblonga, y al paso que hacia un punto cualquiera (arriba, abajo, adentro ó afuera), el iris ha disminuido de extensión, tanto que parece una cintita muy estrecha, en otra ú otras partes, la cinta es más ancha.

Con el objeto de que el fenómeno sea más perceptible, el Dr. del Toro acostumbra á instilar en el ojo afectado de catarata, una fuerte disolución de sulfato neutro de atropina (5 centígramos en 10 gramos de agua) en instilaciones repetidas cuatro ó cinco veces al día en que va á hacer el examen, una ó dos horas después de la última instilación.

Diagnosticadas las adherencias periféricas del iris á la cristaloides anterior complicando á una catarata ¿qué modificaciones hay que hacer en el procedimiento operatorio?

Hecha la sección del pequeño colgajo superior de la córnea que aconseja, Galezowski por ejemplo, procede á la excisión de un ancho colgajo del iris con lo cual consigue destruir las adherencias que pueden existir en este punto é introduce por la herida querática, una aguja de abatimiento con la cual, al par que excinde la cristaloides anterior, destruye las adherencias, haciéndola pasar entre el iris y el cristalino por casi toda la extensión de éste, y conoce que se rompen estas adherencias porque se dilata la pupila y una vez hecho esto, la extracción del cristalino apenas se diferencia de cualquiera otra, en la que no exista la complicación dicha. A menudo algunas manchas de pigmentum esparcidas en diversos puntos del cristalino extraido en las porciones de cristaloides adheridas á éste, señalan dónde eran más íntimas las adherencias.

Hay casos en que, siendo muy blanda la parte más periférica de la catarata, sobre todo cuando un núcleo de cierto tamaño nada en una especie de emulsión alojada dentro del saco cristaloideo, no precisa separar con la agu-

ja las adherencias, bastando con excindir el iris y la cristaloides anterior, pero ambos amplísimamente.

Claro es que no se refiere á los casos en que existe una adherencia total del iris á la cristaloides anterior, pues entonces la iritis que la ha determinado es parenquimatosa, y como tal, los gruesos exudados que produce han invadido también todo el cuerpo ciliar, y el ojo sin noción alguna de luz, es inapto para la visión, siendo por lo tanto inoperable.

Linfo-adenoma maligno del cuello.—En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, pubica el Dr. D. José María Arnal, el caso clínico siguiente:

P. M., de treinta y seis años, casada, que menstruó siempre bien y tuvo varios hijos normalmente, bien nutrida y de carácter animado, se presentó en demanda de curación de un tumor ó tumores que, al presentarse, tenía en el cuello. Ignoraba cuándo comenzaron, pero se apercibió de su existencia unos tres ó cuatro años antes, siendo á la sazón como avellanas, apreciando su crecimiento lento por mucho tiempo, para tomar un desarrollo rápido que le alarmaba desde hacía tres ó cuatro meses, y produciéndole á veces dolores en la media cara derecha y en el brazo derecho al verificar determinados movimientos.

Un tumor grande, poco más que la mitad del puño de un hombre, en el lado derecho, correspondiendo su mitad al ángulo del maxilar inferior; el otro tumor, más reducido, como una nuez, estaba situado en el espacio supraclavicular del lado izquierdo.

Ambos resultaban como de aspecto liso á la vista; pero la palpación dejaba apreciar que eran de constitución nodular y superficie desigual, como resultado de la agrupación de varios reunidos, duros, movibles, más los del lado izquierdo y menos los del lado derecho, principalmente por el extremo superior de aquel block, pareciendo invadir la región parotídea y se perdía por debajo del músculo esterno-cleido-mastoideo en sus ataduras superiores; cuyo músculo resbalaba mal sobre el tumor por la parte superior y bien por la parte inferior, cerca de su último tercio, donde los nódulos se hacían menores y aislados, adoptando la forma de rosario cerca de la clavícula.

Tales tumores radicaban en los ganglios linfáticos, afectados *siempre* secundariamente, por propagación de otro afecto primitivo del sistema tegumentario, cuyos linfáticos afieren á los ganglios comprometidos y les llenan los productos patógenos; esta creencia la hace el Dr. Arnal extensiva aun á la llamada enfermedad de Hodgkin, ya coincida con el estado general de leucocitemia, ó bien que sin alteración proporcional de los elementos figurados de la sangre se la haya llamado simplemente adenia por Trousseau, porque la regla general establecida para todos los demás afectos ganglionares hace suponer el mismo origen para estas adenias en el tegumento interno, como muchas veces se comprueba.

Su sangre resultaba normal; nada se apreciaba en la piel, ni en los oídos, ni en los bronquios; únicamente en la parte alta de la faringe y por detrás del velo se notaba una ligera inflamación folicular que nunca llegó á molestar á la enferma de un modo apreciable.

Nada más daba la anamnesia ni la objetividad, y por eso se sospechó por alguien que pudieran ser sifilíticos, ó de naturaleza estrumosa ó fímica de los

adenomas y no faltó quien los denominase en evolución sarcomatosa. Por eso se propuso á la enferma un tratamiento interno, primero con el ioduro potásico y cacodilato de sosa al interior y toques faríngeos de tintura de iodo ó cloruro de zinc, sometiéndola á observación; reservando para después el proyecto (y caso de no alcanzar los brillantes resultados que en otros casos *parecidos* se obtuvieron con tal tratamiento) de proponer á la enferma la extirpación de tales adenopatías, por medio del bisturí, antes que su crecimiento excesivo y adherencias con los órganos vecinos comprometieran el libre funcionamiento de éstos é imposibilitasen anatómicamente la intervención.

Hubo necesidad de operarla, y el Dr. Arnal procedió del modo siguiente:

En el lado derecho hizo una extensa incisión en la piel que, partiendo de detrás del lóbulo de la oreja y siguiendo, según el mayor diámetro del tumor, la dirección del músculo esterno-cleido-mastoideo por su borde anterior, finaba en mitad del tercio inferior de dicho músculo; ahondando con cuidado en dicha dirección, y puesto al descubierto el músculo, cuya vaina estaba unida al tumor, no permitiéndole ponerlo al descubierto ni atacarlo debidamente, seccionó de través la mitad del músculo, cuyos extremos, desviados arriba y abajo, le permitieron comtemplar el block tumoral descansando y adherido sobre el paquete carotídeo, mejor dicho, en su mitad inferior sobre la yugular interna, de la que pacientísimamente hubo de despegarla con el dedo, con la espátula de bocio y finos cortes de punta de tijera, en una extensión como de seis centímetros, consiguiendo volcarle adelante y arriba hasta su desimplantación total; ya en la región parotídea, por encima de la tira aponeurótica que limita ambas regiones carotídea y parotídea (de cuya glándula, como de las aponeurosis y músculos circundantes, tuvo que sacrificar alguna parte apropiada por el tumor) seccionó los tractus fibrosos que lo retenían y volvió sobre el campo operatorio para desprender, por análogos procedimientos, algunos pequeños ganglios de los alrededores y parte inferior del lecho vacío del tumor principal.

Hecha seguidamente la hemostasia definitiva, sustituyendo con ligaduras de catgut las pinzas colocadas en los vasos al ser seccionados, tocadas las partes sospechosas de la superficie cruenta con una solución de cloruro de zinc, cubrióse con un plano musculo-aponeurótico el paquete vasculo-nervioso, no lesionado felizmente en ninguno de sus importantes órganos; suturó asimismo el músculo esterno-cleido-mastoideo que había cortado de través al principio de la operación, para facilitar los tiempos sucesivos; suturó, finalmente, en su último plano la aponeurosis superficial, músculo cutáneo y la piel, menos en la extensión de uno ó dos centímetros en la comisura inferior, para desaguarlo, y dar salida á los exudados.

En el lado izquierdo, el Dr. Arnal hizo con un bisturí una sección de la piel sobre el tumor, situado, como queda dicho, en el espacio supraclavicular; á dicha incisión dió el camino preciso de la bisectriz del ángulo que forman el trapecio por detrás, y el esterno cleido-mastoideo por delante; ahondó con precaución, hasta llegar á la pequeña masa tumoral que, formada por un grupo de tres ganglios, descansaba bajo la aponeurosis superficial, sobre el músculo omoplato hioideo; desprendió con los dedos la masa tumoral descubierta, y sin necesidad de ligadura alguna (pues los estiraja-

mientos hechos sirvieron para conseguir la hemostasia más perfecta), seguidamente suturó en un solo plano los labios de la herida en toda su extensión.

Después de la operación aquejó la enferma cierta torpeza de la sensibilidad y movimientos en la parte inferior derecha de la cara y comisura labial correspondiente, sin duda por lesión de la ramita cervico-facial del mismo nervio; accidente por lo demás sin importancia, que se corrigió por completo á los pocos días.

Tales adenopatías parecían macroscópicamente como si estuviesen constituídas por tejido adenoide hipertrofiado, con cierta semejanza en su superficie de sección con el cáncer medular, blando, de color grisáceo, con puntitos rojos y algunos focos opacos, como caseosos; raspando dicha superficie dejaba salir un jugo semejante también al canceroso, á simple vista, y llevado al microscopio, se veía estar constituído por innumerables células redondas, como los corpúsculos blancos de la linfa. Endurecidos después algunos cortes del tumor, y examinados al microscopio, resultaban un apelotamiento inmenso de tales células linfoideas en su fino estroma reticular, sólo apreciable cuando con un pincel se lavaba y barría de células su corte reciente. Las partes periféricas del tumor tenían, además de los caracteres propios del tejido normal á que pertenecían, ya muscular conectivo, ya adenoide, etc., los caracteres del tejido inflamatorio con grandes células... ¿Embrionarias? ¿Sarcomatosas? Excusado es decir que ni del examen microscópico, ni de inoculaciones que en dichos tejidos se hicieron en conejos, pudo comprobarse remotamente el carácter tuberculoso ni sifilítico del mal, teniendo en conclusión, que aceptar la denominación de linfoma, quizá sarcomatoso, pero maligno al fin, dada su tendencia á crecer rápidamente por los tejidos circundantes.

Tres días después de operada la enferma, levantada su primera cura, apareció la herida en vías de cicatrización normal; retiró el desagüe de gasa, que salió con muy escaso exudado y aséptico, procediendo á cubrirla de nuevo. Nunca tuvo fiebre; desde el cuarto día se levantó de la cama, á los diez días de operada le quitaron los puntos de sutura, y á los quince días fué dada de alta curada, aunque aconsejándola no exagerase los movimientos de la cabeza, y que por algún tiempo llevase como contentivo un vendaje á modo de ancha corbata.

A los dos meses después de practicada la operación, la enferma sigue bien, con las cicatrices flexibles y tendiendo á borrarse cada vez más, sin que hasta el presente se aprecien nuevos tumores. A prevención, sin embargo, el Dr. Arnal trató localmente con tintura de iodo la faringitis folicular, aconsejándola pulverizaciones con solución boratada á diario, y al interior tomar soluciones discretas de ioduro potásico y cacodilato de sosa, más tolerable (sobre todo, en verano) que otros preparados arsenicales.

¿Subsistirá con todo esto la curación y se logrará que llegue á ser definitiva? El tiempo lo dirá. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 2 de Octubre de 1900 (1).

Tratamiento del prolapso del recto.—El Dr. Delorme: En el mes de mayo último tuve el honor de leer en este mismo sitio un trabajo sobre el tratamiento del prolapso del recto total por excisión circular de la mucosa del cilindro invaginador y de una parte del cilindro invaginado.

En el enfermo que presenté en apoyo del valor del procedimiento, pudo observarse que el resultado obtenido era muy satisfactorio; todo indicio de prolapso había desaparecido y el esfínter era dilatable y contráctil.

En el soldado que someto al examen de mis colegas, he obtenido igual éxito con la misma operación. Este enfermo padecía desde hace quince años un prolapso total que, durante los esfuerzos de defecación, sobresalía del ano unos 8 centímetros. Todo indicio de prolapso ha desaparecido, aun durante un esfuerzo prolongado, y se han formado de nuevo en la mucosa pliegues radiados; el esfínter se dilata al máximum sin dolor; son retenidos no sólo los excrementos sólidos, sino hasta los líquidos y los gases. Sólo dilatando el ano y viendo la mucosa unida directamente con la piel, se conoce que se ha operado á este individuo.

En este enfermo he recurrido á una modificación operatoria que merece citarse. Su objeto ha sido evitar la ascensión del recto que he observado en un enfermo rebelde. Al hacer las suturas, uní por cuatro asas de hilo aséptico, situadas en los cuatro puntos cardinales, la mucosa del cilindro invaginado, cerca de su extremidad terminal, con las fibras más internas del esfínter externo. Estos primeros hilos de sostenimiento retienen el cilindro invaginado contra el invaginador. Aplicadas estas suturas profundas, musculo-musculosas, perdidas, coloco las cuatro suturas en U muco-cutáneas de sostenimiento, después las suturas muco-cutáneas, á puntos pasados, que fijan la circunferencia mucosa contra la anal.

Las epidemias de peste en el Japón. — El Dr. E. Vallin: Voy á ocuparme de un informe del Dr. Kitasato, de Tokio, sobre algunas epidemias locales de peste ocurridas en el año último en dos ciudades importantes del Japón.

El Japón, á causa de sus relaciones comerciales directas, está expuesto á la invasión de la peste por las vías de Hong-Kong, Amoy, Formosa y Bombay. El 2 de noviembre de 1891 se observó un caso típico de peste en Hiroshima en un enfermo procedente de Formosa; este individuo murió el día 5. Este caso quedó aislado en Hiroshima, pero á los pocos días se presenta-

(1) La Academia no celebró sesiones en el mes de septiembre.

ron varios casos de la misma enfermedad en Kobé, población de 230.000 habitantes. La enfermedad tardó poco en presentarse en Osaka, ciudad de 750.000 almas. Hubo en total 69 casos de peste, de ellos 63 mortales; de éstos, 3 recayeron en médicos y 3 en individuos de familias de médicos.

Las ratas desempeñaron, al parecer, un papel importante en el desarrollo de las dos epidemias locales. El Municipio de estas dos poblaciones pagó á 10 céntimos cada rata muerta ó viva que se le presentara. Desde mitad de noviembre á fin de enero se destruyeron así 20.000 ratas en Kobé y 15.000 en Osaka; además, se destruyeron otras muchas por medio de cepos que no se presentaron al Municipio.

Los bacilos de la peste se encontraron en las ratas muertas en Kobé una vez de cada cinco y en Osaka una vez de cada diez. Se encontraron además otros bacilos parecidos, que Kitasato ha enseñado á no confundir con los de la peste. Se hallaron ratas pestíferas en barrios donde no ocurrió un caso de peste. Es indudable que sin la destrucción de estos roedores, la epidemia hubiera hecho más estragos.

Al presentarse los primeros casos de peste, el Gobierno del Japón encargó al Dr. Kitasato escribiera un informe sobre las epidemias de Kobé y Osaka. Este informe, del que me estoy ocupando, contiene las observaciones clínicas y bacteriológicas de los enfermos pestíferos, pero en realidad, su objeto es demostrar á Europa cómo funcionan los servicios sanitarios del Japón y cómo este país sabe garantirse contra las enfermedades pestilenciales y las epidemias en general.

El servicio sanitario dependiente del Ministro de la Gobernación, se compone de un Comité consultivo central. En cada presidencia de Gobierno hay Comisiones sanitarias locales. El 13 de febrero de 1897 se publicó un reglamento aplicado á las cuarentenas para los navíos procedentes de Formosa. El 30 de marzo de 1897 se publicó una ley *sobre las medidas profilácticas* contra las enfermedades epidémicas siguientes: cólera, disentería, fiebre tifoidea, viruela, tifus exantemático, escarlatina, difteria, peste. Al redactar esta ley los japoneses, no han tenido en cuenta ni la opinión pública, ni las costumbres antiguas, ni los escrúpulos de libertad; han llegado de un salto en medio de la civilización europea, adoptando los últimos perfeccionamientos de la higiene y de las leyes sanitarias.

Según los artículos 1 á 4 de esta ley, la declaración de todo caso de las ocho enfermedades infecciosas citadas, es obligatorio para el médico y para el jefe ó gerente de cada casa particular ó de cada establecimiento público (templo ó convento, escuela, fábrica, etc.).

Todo médico que visite á uno de estos enfermos, tiene el deber de enseñar á la familia cómo se practica la desinfección prescrita en tales casos por los reglamentos de policía. El propietario de la casa en que ocurra un caso de enfermedad epidémica, es responsable de la ejecucion de las medidas de desinfección y de limpieza prescritas por los médicos ó por los funcionarios de la Administración (art. 5). Estos funcionarios están autorizados para trasladar los enfermos á un hospital de contagiosos ó á una barraca de aislamiento, cuando es indispensable para impedir la propagación de la enfermedad; en tales casos, tienen hasta el derecho de aislar á las personas sanas (art. 7). Toda casa en la que ha habido un caso de enfermedad epidémi-

ca, y hasta las casas inmediatas, deben ser aisladas los días que la Administración juzgue necesarios (art. 8). El cadáver de todo individuo muerto de enfermedad infecciosa, debe ser quemado; el entierro sólo está permitido con autorización de la policía, y la exhumación no se permite antes de los tres años.

Todas estas medidas, justificadas, se considerarían en casi todos los países de Europa como otros tantos atentados contra la libertad individual. Será preciso decir del Japón lo que se decía antes de Rusia: ¿la luz nos viene hoy del Norte? El Japón no hace más que aplicar las reglas cuya necesidad proclamamos en voz baja, pero que no nos atrevemos á practicar.

F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 *al* 9 *de Agosto de* 1900.

(Continuación)

Sección de Medicina legal.

Lesiones valvulares consecutivas á las contusiones de las paredes torácicas.— Los Dres. Castiaux (de Lila) y Laugier (de París): Las contusiones violentas de la caja torácica son capaces de producir sobre el corazón sano, y con más razón sobre el enfermo, lesiones valvulares.

Estas lesiones son casi siempre inmediatas y consisten en la rotura ó desgarradura debida al aumento de la presión sanguínea sobre la válvula. Pero pueden ser consecutivas y aparecer á causa de la mio-endocarditis, resultado del traumatismo.

Producen cuando son inmediatas, la insuficiencia del orificio lesionado susceptible de complicarse, por efecto de un proceso patológico ulterior, con lesiones del endocardio, del otro orificio y de los vasos gruesos.

Las válvulas que se afectan de ordinario, son las sigmoideas aórticas, después la mitral y excepcionalmente las sigmoideas pulmonares y la tricúspide.

Los signos físicos de estas lesiones valvulares, son en general los mismos que los de las lesiones espontáneas, con la diferencia de que sus soplos son más intensos y más prolongados, y que el roce, en la corriente sanguínea de los colgajos valvulares y de los cordones rotos, produce un ruído morboso de tono y vibración especiales.

El pronóstico de la insuficiencia traumática es más grave que el de las lesiones espontáneas y la marcha de la afección más rápida, porque como el órgano es sorprendido en cierto modo por el traumatismo, el trabajo de compensación que se produce progresivamente, no tiene tiempo de efectuarse. Son no obstante posibles, aunque excepcionales, los ejemplos de prolongación de la vida y hasta de curación.

El conocimiento de las lesiones vulvulares dependientes de una contusión de las paredes torácicas, es interesantísimo para el médico legista, porque

permite afirmar, en ciertos casos, que una afección cardíaca es resultado de un traumatismo exterior con la consecuencia de que el autor, voluntario ó no del traumatismo, verá agravada su responsabilidad de un modo singular.

Equimosis subpleuríticas.—El Dr. Sarda (de Montpellier).—Según el profesor Brouardel, las equimosis aparecen siempre antes de la muerte. Creo que se forman inmediatamente después del traumatismo. Según mis experimentos, las equímosis pueden producirse en todos los períodos de sofocación, pero son tanto más frecuentes cuanto más próxima es la muerte.

Enfriamiento del cadáver en ciertos géneros de muerte violenta. — El doctor Brouardel (de París): Llamaré la atención sobre algunas enfermedades (rabia, viruela hemorrágica), en las que la temperatura aumenta considerablemente después de la muerte. En otras enfermedades, al morir hay descenso térmico y después de la muerte se eleva la temperatura. Es de suponer que se produzcan en el abdomen fenómenos caloríficos, porque hay fermentaciones á causa de una circulación póstuma. Las enfermedades infecciosas (ictericia grave) pueden producir fermentaciones, causa de calores que duran doce, veinticuatro y treinta y seis horas después de la muerte. Es preciso conocer estos hechos para no atribuir una fecha errónea á la muerte, ateniéndose á la temperatura del cuerpo. Las condiciones de enfriamiento son, por lo tanto, muy variables; la fecha de la muerte no puede fijarse por el calor del cuerpo.

La combustión criminal de los cadáveres. — El Dr. J. Ogier: No es difícil quemar por completo un feto ó un recién nacido en un aparato de calefacción ordinaria, como una chimenea ó una estufa; es un crimen que se comete muy á menudo.

Cuando se trata de un cadáver adulto, la combustión en estos aparatos es una operación larga y penosa. Rara vez los criminales se encuentran en buenas condiciones para ejecutar semejante trabajo sin llamar la atención.

Es mucho más difícil — diremos casi imposible — reducir un cadáver de adulto por combustión al aire libre después de la adición de líquidos inflamables, petróleo, alcohol, etc. Se conocen bastantes tentativas de este género al parecer infructuosas.

¿Es posible determinar qué substancia ha servido para favorecer la combustión? Es difícil resolver con exactitud este problema.

De la circuncisión ritual desde el punto de vista médico-legal. — El doctor J. Crespin (de Argel): La circuncisión ritual, tal como la practican los israelitas y los árabes, debe llamar la atención de los médicos legistas, porque es á veces causa de problemas médico-legales.

Esta operación es capaz de producir accidentes infecciosos más ó menos generalizados, lo que se explica por la falta de antisepsia ó de asepsia.

Puede servir para transmitir enfermedades graves, sobre todo, sífilis, tuberculosis, difteria, etc., á causa de la succión de la herida.

Es susceptible de ocasionar hemorragias graves y hasta mortales, á las que contribuyen no sólo la predisposición individual, sino también ciertos defectos de la técnica operatoria.

Convendría reglamentar esta ceremonia, ya que no se opone á ello disposición religiosa alguna.

Accidentes debidos á la bebidas ó alimentos conservados con agentes químicos.—Los Dres. Brouardel y Pouchet (de París): Hasta ahora, en las causas seguidas por adición de substancias antisépticas á los alimentos ó bebidas no ha recaído sentencia de condenación, porque los Tribunales han considerado este asunto desde el punto de vista particular, lo que es inexacto.

El problema debe plantearse en otros términos, es decir, procurar saber si la ingestión continuada con regularidad de un alimento, adicionado de una substancia antiséptica, puede perjudicar á la salud del que lo consume diariamente.

Sabemos cuál es la eficacia de la «continuidad de la ingestión», aunque se trate de una modificación poco enérgica; investigaciones recientes han demostrado con toda claridad el trastorno profundo que experimenta el organismo por la ingestión continuada de dosis pequeñas de substancias extrañas á él. ¡Cuántas afecciones del aparato digestivo, cuántas anemias y padecimientos crónicos de todas clases no reconocen otro origen que la ingestión continuada de elementos extraños á la composición del organismo que, absorbidos de una sola vez á dosis mayor, no producen trastorno alguno! El vino enyesado es un ejemplo de ello.

El diagnóstico de los accidentes causados por las absorciones diarias, que alteran de un modo lento la nutrición, es dificilísimo; pero es una razón más para no perder de vista la importancia de este asunto, y para reconocer el daño irreparable que puede causar en el porvenir á la salud del individuo el uso de alimentos de esta naturaleza.

Creemos conveniente que los Tribunales participen de esta opinión, á saber: que los alimentos adicionados de substancias antisépticas, sean las que quieran, constituyen productos de poco valor nutritivo, y hasta podría decirse alimentos indigestos, cuyo uso continuado durante mucho tiempo es perjudicial para la salud del individuo.

Sección de Dermatología.

Etiología del eczema por el estafilococus aureus. — Los Dres. Azúa y Mendoza, presentan la comunicación siguiente:

Entre las 26.711 observaciones recogidas en mi Clínica del Hospital de San Juan de Dios, y en mi clientela privada, desde noviembre de 1887 á igual mes del año 1899, existen 4244 casos de eczema. En muchas de estas observaciones se hace notar que una auto-intoxicación, es decir, un verdadero contagio, comprobado por la observación clínica, ha intervenido en la producción ó extensión del proceso eczematoso.

Unas veces la auto-inoculación provenía de una lesión supurante no eczematosa, otras de un eczema anterior. Hemos observado la aparición del eczema ó por contacto directo con la parte enferma, por existir las lesiones en regiones simétricas de las que se pueden poner en contacto á menudo ó por intermedio de las manos. Ejemplos típicos del segundo caso, se encuentran en los eczemas del dorso de las manos y antebrazos, de las criadas y lavanderas, muchas veces propagados á la parte inferior de la cara y cuello.

Hemos comprobado muchas veces esta auto-inoculación, cuando los enfermos habían abandonado ya hacía muchos días sus ocupaciones, y no podía,

por tanto, intervenir ninguna causa de orden químico ó mecánico, distinta de las propias de la enfermedad. La condición más favorable para la auto-inoculación, parece estar en relación con el estado exudativo de la lesión, la impregnación repetida y la maceración consecutiva de la parte contagiada. Muchas veces hemos comprobado la influencia decisiva que para evitar estas inoculaciones, tiene la oclusión de la parte expuesta al peligro del contagio.

Claro es, que para la admisión de estas inoculaciones hemos tenido un criterio clínico de suma desconfianza, y descartado todo lo que en la evolución de los eczemas puede depender de hechos, que no induzcan racionalmente á pensar en las auto-inoculaciones, como es su propagación periférica, la presentación simultánea en varias partes ó su aparición en sitios, que por estar cubiertos ó no poderse poner en contacto con la parte enferma, no deben *a priori*, y sólo por pruebas clínicas, ser incluídos entre los casos sospechosos de contagio.

Por otra parte, la investigación cuidadosa de la etiología de los eczemas, conduce, en la inmensa mayoría de los casos, á la determinación de una acción traumática (mecánica; roces, *rascamiento;* física, química, etc., etc.), previa, lo que induce á pensar interviene de un modo eficaz en su producción, bien sea directamente, bien creando condiciones para una infección simultánea, ó lo que es más probable, uniéndose ambas cosas. La influencia que las condiciones personales tienen en el desarrollo del eczema suponiendo sea éste de origen externo, microbiano ó no, es completamente lógica, cierta y común, al numeroso grupo de enfermedades que no se desarrollan fatalmente en todos los individuos expuestos á la acción morbosa que las produce.

Las anteriores consideraciones nos inclinaban á la admisión de una etiología microbiana en muchos casos de eczema. Hemos intentado comprobarla experimentalmente, circunscribiendo nuestras investigaciones á los eczemas banales, vesiculosos y exudativos, que todos los dermatólogos del mundo diagnostican de acuerdo. De esta manera concretamos la cuestión, dejando por completo aparte la resolución del problema referente á si todas las lesiones denominadas eczematosas representan una sola enfermedad. Nosotros estamos de acuerdo con los dermatólogos que consideran los estados eczematosos como el resultado de múltiples reacciones, producidas por variadas causas, entre las que, y probablemente en primera línea, figuran las traumático-parasitarias.

Habiéndonos demostrado anteriores estudios que el staphilococus aureus, el staphilococus albus y el streptococus, son, por orden decreciente de frecuencia, los parásitos patógenos más comunes en las vesículas y en la serosidad del eczema, hemos limitado por ahora la experimentación casi sólo al estudio de la acción del staphilococus aureus.

Primer experimento. — Hemos escogido tres enfermos de eczema banal (núms. 1, 2, 3), y después de un lavado cuidadoso con éter, hemos recogido con un hilo de platino el líquido de las vesículas y la serosidad transparente que sale después del lavado con éter.

Hechas estas siembras, como todas las restantes, en gelatina glicerinada y en agar-agar (1 por 100) glicerinado al 6 por 100, hemos obtenido:

Enfermo núm. 1. — De dos cultivos de serosidad, nada.

Enfermo núm. 2.—De tres cultivos de líquido de vesículas transparentes, una vez, staphilococus aureus y staphilococus albus; dos veces, staphilococus aureus.

De tres cultivos de líquido de vesículas opalinas, tres veces, staphilococus aureus y staphilococus albus.

De tres cultivos de la serosidad, dos veces, staphilococus aureus, bacterias banales; una vez, staphilococus aureus y staphilococus albus.

Enfermo núm. 3. — De un cultivo de serosidad, una vez, staphilococus aureus.

Resumen: De 12 cultivos, dos veces, nada; cinco veces, staphilococus aureus y staphilococus albus; cinco veces, staphilococus aureus.

Todos los cultivos se han reproducido en serie.

El staphilococus albus presenta cocus gruesos, dispuestos en diplococus, tetracocus y aun masas grandes. Puede corresponder al morococo de Unna. El staphilococus aureus ofrece los caracteres ordinarios.

Segundo experimento. — En dos enfermos (núms. 1, 2) hemos practicado inoculaciones con la serosidad del eczema del núm. 2, en partes absolutamente sanas, sobre las que con una espátula desinfectada hemos extendido la exudación eczematosa. Las regiones inoculadas han sido cubiertas con gasa aséptica.

En 13 inoculaciones hemos obtenido:

Tres veces—frotando la piel con una bola de algodón impregnada de serosidad—nada; dos veces—frotando con alcohol—una vez, una vesícula; una vez, varias; tres veces—frotando con éter—dos veces, producción de dos á cuatro vesículas; una vez, nada; cinco veces—frotando con éter y rascando con la línea de una espátula—cuatro veces, nada; una vez producción de dos ó tres vesículas.

Resumen: ocho veces, nada; cinco veces, producción de vesículas.

Las vesículas se han desarrollado de las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas. Exceptuada una tan sólo, las demás eran opalinas. El cultivo de la primera resultó estéril. El de las segundas dió staphilococus aureus. La región inoculada no se puso eritematosa; las vesículas diseminadas se secaron rápidamente. Algunas se rodearon de una pequeñísima areola roja. No se observó picor.

Tercer experimento.—Inoculación en nueve niños, enfermos de tiña favosa, no eczematosos, del cultivo puro del staphilococus albus obtenido de la serosidad y vesículas del enfermo núm. 2, en la cara antero-externa del brazo. El cultivo se depositó sobre la región con un alambre de platino.

En 9 inoculaciones se observó: Una vez, lavado con éter en ambos brazos; inoculación en el derecho; apósito de gasa y tela de caucthut, en los dos, nada: tres veces, lavado con éter; raspado con la lima de la espátula; apósito de gasa, nada: una vez, lavado con éter; rascamiento fuerte por el enfermo, sin desinfectar las uñas; apósito de gasa, nada; cuatro veces, lavado con éter; raspado con la lima de la espátula en ambos brazos; inoculado el derecho; sin apósito; una vez; escasas vesículas en el brazo derecho; tres veces, nada: brazos izquierdos, nada.

Resumen: Nueve inoculaciones; ocho veces, nada; una vez, escasas vesículas.

Las vesículas se secaron muy pronto y aparecieron del segundo al tercer día. Fueron turbias desde su aparición. No hubo picor. No se hicieron cultivos.

Cuarto experimento.—Inoculación con cultivo puro de stafilococus aureus, en 27 niños favosos, no ezcematosos. El cultivo proviene del enfermo número 2. La región inoculada ha sido la antero-externa del brazo.

En 27 inoculaciones hemos observado: Dos veces, lavado con éter; inoculación por simple depósito del cultivo; sin apósito, nada: siete veces, lavado con éter; inoculación por frotamiento con el líquido del cultivo; apósito de gasa, nada: cinco veces, lavado con éter; frote con cepillo de uñas desinfectado, en ambos brazos; inoculación en el brazo derecho; apósito de gasa en ambos; brazo derecho; tres veces, nada; dos veces, vesículas opalinas en escaso número; brazo izquierdo; cinco veces, nada: una vez, lavado con éter, frotación y percusión con el cepillo desinfectado, en ambos brazos; inoculación en el derecho; apósito de gasa recubierta de tela de cautchut en los dos brazos, nada: doce veces, lavado con éter; raspado con la lima de la espátula en ambos brazos; inoculación en los dos; apósito de gasa, seis veces, nada; seis veces, vesículas con algún enrojecimiento de la piel. Las vesículas son en su mayor parte turbias desde su comienzo. Algunas, transparentes al principio, se ponen turbias rápidamente.

Resumen: 27 inoculaciones; 19 veces, nada; 8 veces, vesículas.

Las vesículas y papulo-vesículas observadas, han aparecido de las veinticuatro á las cuarenta y ocho horas después de la inoculación y en algunos enfermos han aparecido en los días sucesivos algunas más. No ha existido eritema difuso marcado. Algún picor en dos ó tres enfermos. De cuatro á seis días después de la inoculación, todas las vesículas estaban secas. La mayor parte fueron opalinas desde su comienzo, pero hubo algunas transparentes y de tipo papulo-vesiculoso, que se secaron sin costrita ó se absorbieron. Terminaron los brotes por descamación ligera, y en muchos puntos se veía con la lente, roturillas epidérmicas circulares que correspondían á pequeñísimas vesículas que se habían absorbido. El cultivo del líquido de las vesículas turbias y el de las transparentes, produjo stafilococus aureus. Algunos de los enfermos que tuvieron vesículas, habían sido inoculados anteriormente sin resultado, con el cultivo del staphilococus albus. (Experimento tercero).

Quinto experimento. — Inoculación con el cultivo puro de staphilococus aureus, obtenido de una vesícula transparente de uno de los enfermos de la serie anterior. Las inoculaciones se han hecho en la cara antero-externa del brazo, aplicando compresas de gasa empapadas de cultivo en caldo gelatinizado al 2 por 100, aplicando encima tela impermeable y apósito de gasa.

En ocho inoculaciones hemos obtenido: Seis veces, niños favosos, no eczematosos. Lavado con éter; aplicación de un sinapismo hasta enrojecer la piel; frotación y percusión, con el cepillo desinfectado, en ambos brazos; inoculación en el derecho; apósito de gasa, tela impermeable y gasa en los dos brazos.

Seis veces, brazo izquierdo, absolutamente nada; seis veces, brazo derecho; estado eritematoso con vesículas y papulo-vesículas bastante numerosas, que han aumentado en los días sucesivos, presentándose además en la

periferia de la región inoculada. Las vesículas han aparecido antes de las veinticuatro horas después de la inoculación. Hemos podido observar muchas transparentes, que se han puesto turbias después ó se han absorbido. Las vesículas turbias han formado una costrita amarillenta. Desde el segundo día se quitó el apósito, habiendo enfermos que á los siete días presentaban nuevas vesículas. En conjunto, las lesiones producidas comenzaron á descender desde el quinto al sexto día, descamándose, secándose las vesículas existentes y disminuyendo el número de las nuevas. Del noveno al décimo día estaban en plena descamación fina las lesiones de todos los inoculados. En tres de ellos, el picor ha sido bastante intenso y ha sobrevivido algo á las lesiones. Tres cultivos de vesículas absolutamente transparentes han dado el staphilococus aureus en cultivo puro.

Dos veces : enfermos eczematosos, uno de las dos piernas, otro de los dos muslos y zona perigenital : lavado con éter ; aplicación de compresas mojadas en el caldo de cultivo ; apósito de tela impermeable y gasa ; brazo derecho.

Una vez : Examen á las veinticuatro horas. Estado eritematoso, vesículas claras, diseminadas. No hay picor. Se quitó el apósito. En muchas vesículas se absorbió el líquido, otras se pusieron turbias y se secaron. Del tercero al cuarto día, el brote había terminado, pero la piel se mantenía algo eritematosa y se descamaba en toda la zona inoculada.

Una vez : Examen á las veinticuatro horas. Brote vesiculoso y papulovesiculoso abundante, confluente, de vesículas claras, pequeñísimas, acuminadas, sobre fondo ligeramente eritematoso. Se quitó el apósito. En los días siguientes aumentaron las vesículas. Del cuarto al quinto se secaron rápidamente. Algunas formaron costrita amarillenta pálida. El cultivo del líquido transparente de las vesículas produjo puro el staphilococus aureus. Ligero picor. El enfermo es un eczematoso con poco picor. Exceptuada la poca duración del brote, el aspecto observado ha sido en absoluto el de un eczema vesiculoso típico.

RESUMEN GENERAL

En 13 inoculaciones con la serosidad del eczema (staphilococus aureus y albus).....	8 veces, nada. 5 veces, vesículas.
En 9 inoculaciones con cultivo de staphilococus albus.	8 veces, nada. 1 vez, escasas vesículas.
En 35 inoculaciones con cultivo de staphilococus aureus.	19 veces, nada. 16 veces, vesículas.
Total: 57 inoculaciones.....	38 veces, nada. 19 veces, vesículas.

Conclusiones:

1.ª La inoculación de cultivos de un estaphilococus albus (que puede corresponder al micrococo de Unna), no ha dado resultados. Solamente un caso dudoso.

2.ª Los experimentos referidos demuestran que la producción de vesículas experimentales, semejantes á las del eczema banal, puede ser conseguida por la inoculación en la piel, de serosidad del eczema y, sobre todo, por la inoculación del cultivo puro de staphilococus aureus.

3.ª Las inoculaciones sobre la piel sana, con la serosidad del eczema ó el cultivo, sin tela impermeable que mantenga húmeda la región inoculada, no dan resultado.

4.ª Cubriendo las regiones inoculadas, no traumatizadas previamente, con tela impermeable, se obtienen resultados, á veces, bastante intensos. (Los dos últimos enfermos del quinto experimento). La maceración epidérmica producida por las compresas húmedas y la tela impermeable, es probablemente la causa de esta diferencia.

5.ª El traumatismo cutáneo superficial, sobre todo precedido de una acción hiperemiante, como la de la sinapización, es el mejor procedimiento de los que hemos empleado para la producción de lesiones vesiculosas de tipo eczematoso. Con la aplicación de gasa impregnada de caldo de cultivo, recubierta de tela impermeable, se obtiene el máximum de condiciones favorables.

6.ª A las lesiones producidas, les falta la persistencia morbosa del eczema, la diseminación de éste y los fenómenos congestivos locales y de infiltración cutánea.

7.ª La importancia evidente del traumatismo y el estado hiperémico anterior á la inoculación, justifican en absoluto el papel preponderante adjudicado al rascamiento en la producción y extensión de las lesiones eczematosas.

8.ª Parece lógico suponer que muchos eczemas banales deben su desarrollo á una acción coetánea, traumatico-infectiva, dependiente esta última del estaphilococus aureus.

9.ª La persistencia morbosa de los eczemas puede quizás ser debida á reinoculaciones constantes producidas por los arañazos, los roces, las condiciones locales de la parte enferma, las dificultades circulatorias, etc.

10. El principal factor interno, dependiente de causas variables y que de un modo indirecto dando ocasión á traumatismos cutáneos puede crear la ocasión eczematosa, es el prurito.

11. Los caracteres clínicos de las lesiones por nosotros observadas y la falta de streptococus en las vesículas, nos autorizan á creer no han sido lesiones de impétigo.

Origen parasitario de los eczemas. — El Dr. P. G. Unna (de Hamburgo): 1.ª La incertidumbre que reina sobre los agentes patógenos del eczema se debe en parte á la falta de una buena clasificación científica de los cocos en general.

2.ª La clasificación admitida hasta ahora para los cocos, además de los estreptococos y las sarcinas, es artificial por completo, é insuficiente para determinar con exactitud y distinguir especies análogas, pero diferentes desde el punto de vista patológico.

3.ª Uno de los medios de hacer una buena definición y clasificación de los cocos consiste en el estudio microscópico más exacto por medio de ciertos métodos especiales de coloración.

4.ª Para establecer con seguridad el papel etiológico de un parásito del eczema es preciso, ante todo, probar que las lesiones histo-bacteriológicas producidas por la inoculación de estos parásitos, corresponden con exactitud á las del eczema.

5.ª Entre los numerosos micro-organismos que se han encontrado en el eczema, hay muchos que se reproducen cuando se les inocula.

6.ª La obra del porvenir, en lo que se refiere al eczema, deberá ser en primer término, referir sus formas diferentes en parte á la acción de micro-organismos diversos.

7.ª El eczema es una enfermedad contagiosa y en ciertos casos epidémica.

El Dr. JADASSOHN (de Berna): 1.ª En el gran grupo de los eczemas sin importancia, hay eflorescencias en las que, con nuestros métodos actuales, no es posible descubrir micro-organismos, ó al menos de un modo tal, que pueda atribuírseles un papel patógeno cualquiera. En estas formas debemos admitir como factores etiológicos la predisposición local y general y las irritaciones mecánicas y químicas.

2.ª En estos procesos, igual que en otras muchas enfermedades de la piel, podemos casi siempre observar la invasión de los micro-organismos indiferentes que se encuentran en el tegumento del hombre y en los medios ambientes (estafilococos y estreptococos). Las consecuencias de esta invasión dependen : del grado de virulencia de los microbios, de la predisposición local y general del enfermo y de la naturaleza del proceso original. Resultan alteraciones que constituyen una larga serie de reacciones diversas de la piel, desde la irritación mínima hasta la impetiginización fuerte, desde la lesión más pasajera hasta el eczema grave y crónico.

3.ª Estas infecciones fútiles pueden producirse sin preexistencia de un proceso morboso apreciable. Su desarrollo y su grado dependen bastante de la naturaleza del terreno.

El Dr. J. GALLOWAY (de Londres) : 1.ª Los cocos de cultivo blanco existen en las lesiones recientes y no modificadas del eczema pápulo-vesiculoso ; pero estos casos, aunque presentan algunos ligeros caracteres especiales en las diferentes especies, no se han diferenciado lo suficiente para poder separarlos del estafilococo piógeno blanco. El micrococo descrito por Unna, pertenece á esta categoría. Las descripciones de este autor no son suficientes para poder considerarle como una especie distinta. No hay motivo fundado para considerar este organismo como el microbio específico del eczema.

En los períodos avanzados de esta enfermedad se encuentran otros organismos, de modo que el coco de cultivos blancos, puede ser ahogado por ellos. El más importante es el estafilococo piógeno dorado.

2.ª Al parecer, en la producción del eczema interviene más de un factor, aunque siempre sea importante la presencia de los organismos de propiedades piógenas. Estos organismos no se desarrollan en tan gran número sobre las superficies sin causar alguna lesión. Lo que sabemos de sus efectos, en otras condiciones demuestra que deben ser nocivos. El carácter infeccioso local y crónico del eczema, es debido principalmente á la presencia de los micro-organismos.

3.ª Es probable, sin embargo, que intervengan en la producción del eczema otros factores, sobre todo dos.

En primer lugar, la predisposición de la piel que está habitualmente asociada al estado seborréico, al desarrollo fácil de las numerosas variedades de parásitos vegetales. Es probablemente la más activa de todas las condi-

ciones de suceptibilidad y de disminución de resistencia en la producción del eczema.

En segundo lugar, la clínica parece haber demostrado que ciertas condiciones de metabolismo imperfecto, predisponen al desarrollo del eczema ó, en cierto modo, á su reaparición; de estas condiciones las más comunes son las que dependen de la digestión y asimilación imperfecta de los alimentos.

Los Dres. L. Brocq y Veillon (de París), (*conclusiones*): *a*) En el estado actual de nuestros conocimientos, no se ha demostrado aún la existencia de un microbio específico del eczema, aunque es posible que exista sin que sea fácil descubrirle por los medios actuales de investigación y de cultivo.

b) Las lesiones primitivas, puras (vesículas cerradas) del eczema verdadoro vesiculoso, no contiene microbio alguno fácil de descubrir por los procedimientos bacteriológicos actuales.

c) Los microbios diversos (y en particular el estafilococo) que existen en abundancia en las superficies exudativas y costrosas del eczema, constituyen infecciones secundarias, cuya acción directa sobre el eczema puro principia á sospecharse. Es indudable que estos microbios son la causa de la mayor parte de las complicaciones y de las erupciones llamadas piodérmicas que perturban con tanta frecuencia la evolución típica del eczema puro.

En resumen, la lesión elemental típica primitiva del eczema verdadero, vesiculoso, es amicrobiana: la superficie del eczema tarda poco en ser invadida por microbios de infección secundaria, capaces de crear sobre ella sus lesiones propias que son de naturaleza microbiana; obscurecen así el cuadro sintomático de una afección de la que no son la causa primera.

Las tuberculides.—El Dr. C. Borok (de Cristiania): Se ha demostrado que existe una serie de afecciones cutáneas que se distribuyen de un modo completamente simétrico y que se presentan con tanta frecuencia en los individuos tuberculosos, que es preciso admitir una relación causal entre ellas y la tuberculosis. Es raro encontrar en estas afecciones el bacilo de Koch; inoculados al conejillo de Indias, los productos de estas afecciones es excepcional que produzcan resultados positivos. Después de las inyecciones de tuberculina, la reacción en ellas es inconstante.

Para explicar estos hechos discordantes al parecer, se invoca la hipótesis siguiente: la influencia primitiva y esencial en la génesis de estas afecciones pertenece á las toxinas procedentes de los bacilos que se desarrollan en los ganglios y en las vísceras; de conformidad con esta hipótesis, Hallopeau las ha dado el nombre de *toxi-tuberculides*.

El límite exacto entre las formas ordinarias de la tuberculosis de la piel y las tuberculides cutáneas, está marcada no por la presencia de algunos bacilos ó de algunas células gigantescas típicas en las lesiones, ó por su falta, sino por el modo de empezar la afección y por su distribución sobre la piel, la simetría perfecta ó no de las lesiones es el mejor criterio.

Para comprender mejor todas las formas de tuberculides conviene dividirlas en dos grupos principales:

I. Formas generalmente perifoliculares y superficiales, en una parte de las cuales se ha encontrado ya el bacilo.

1.ª Liquen escrofuloso;

2.ª Tuberculides papulo-escamosas;

3.ª Tuberculides perifoliculares pustulosas.

II. Formas de ordinario no perifoliculares que están, por regla general, localizadas más profundamente en la piel y en las que no ha podido descubrirse hasta ahora el bacilo.

1.ª Lupus eritematoso, incluso el lupus pernio;

2.ª Tuberculides papulosas necróticas;

3.ª Tuberculides nodulares.

El Dr. R. Campana (de Roma): Mi objeto es determinar á qué causa debe atribuirse la producción de las tuberculides y averiguar si pertenecen todas á la categoría de las tuberculosis de la piel, considerando, tanto las lesiones de origen tóxico como las de origen bacilar.

Creo que no es posible distinguir clínicamente una tuberculide producida por las toxinas, de otra producida por el bacilo, porque no puede considerarse como simplemente de origen toxínico una manifestación tuberculosa en la que no se descubren bacilos. Creo, por otra parte, que un envenenamiento tuberculoso general es la causa predisponente de ciertas localizaciones cutáneas de origen externo, de marcha muy lenta que simulan manifestaciones tuberculosas verdaderas, y que es preciso estudiarlas con detenimiento para considerarlas no como tuberculosas (ó tuberculides), sino como resultado de una predisposición escrofulosa.

El Dr. J. Darier (de París): Las tuberculides están clínicamente en relación con la tuberculosis, en el sentido de que sólo se las observa en los enfermos infectados por el bacilo de Koch, ó sospechoso de estarlo.

En la mayor parte de los casos, las lesiones de las tuberculides no contienen, al parecer, el bacilo de Koch; en efecto, salvo excepción, las investigaciones bacteriológicas y experimentales no han demostrado la presencia de dicho bacilo.

El grupo de las tuberculides comprenden un gran número de formas eruptivas de las que las principales son las siguientes:

1.ª Lupus eritematoso diseminado (Boeck)—acnitis y foliculitis (Barthélemy);

2.ª Acné de los caquécticos;

3.ª Lupus escrofuloso;

4.ª Lupus eritematoso de Cazenave y sus variedades;

5.ª Lupus eritematoso diseminado (Kaposi), exantematoide (Besnier);

6.ª Lupus pernio;

7.ª Eritema indurado de Bazin;

8.ª Ciertas variedades de lupus nodular eruptivo y de lupus tuberculoso en placas múltiples (Darier).

Las tuberculides aparecen de ordinario bruscamente, sin fiebre. Las erupciones proceden por brotes.

La distribución de los elementos suele ser simétrica. Son variables; unas veces aislados, otras agrupados; de ordinario de coloración roja violácea ó lívida; indolentes espontáneamente, pero dolorosas al tacto.

Su evolución individual es relativamente lenta y dura semanas y meses.

Las lesiones de las tuberculides no son de modalidad uniforme.

En el tipo del líquen escrofuloso hay neoformación en la dermis de un te-

jido tuberculoso, característico, con células gigantescas minuciosas, y agrupación en folículos.

En el tipo del lupus eritematoso, las lesiones consisten en estrías de células alrededor de los vasos de la dermis; en alteraciones vasculares; en producción de focos necróticos.

La hipótesis, según la cual las tuberculides, son consecutivas á embolias de bacilos atenuados y casi nada virulentos, que llegan á la piel por la vía sanguínea y sucumben rápidamente en su lucha contra la reacción fagocitaria ó bactericida de los tejidos invadidos, explica de un modo satisfactorio todos los hechos conocidos, en particular la presencia accidental de los bacilos y la diseminación y simetría de las lesiones.

Pero es preciso reconocer que esta teoría, no es por el momento más que hipotética y que exige nuevas investigaciones para ser confirmada ó desechada.

Tratamiento del lupus por los rayos luminosos concentrados. — El doctor Finsen: Este tratamiento se funda en las propiedades siguientes de la luz:

1.ª Su facultad de penetrar á través de la piel;

2.ª Su facultad de producir una inflamación cutánea;

3.ª Su propiedad bactericida.

Empleo este método desde octubre de 1895.

Los aparatos están construidos con el doble objeto de concentrar los rayos y suprimir su acción térmica.

Como foco luminoso he utilizado hasta ahora la luz eléctrica y la solar.

La acción inmediata de la luz concentrada sobre la piel, se caracteriza por rubefacción local seguida casi siempre de formación de una vesícula.

El efecto de este tratamiento, que es indolente, del lupus, se caracteriza por retroceso progresivo graduado de la afección que concluye por desaparecer, quedando una cicatriz de buen aspecto y no apergaminada.

La duración de este proceso es variable, pero puede calcularse en cuatro meses y medio.

Conviene observar al enfermo porque suelen subsistir foquillos morbosos que reaparecen en la superficie cutánea y exigen un nuevo tratamiento. Observando estos principios no hay recidiva.

Las ventajas del método son:

1.ª Efecto siempre constante;

2.ª Resultado cosmético de los más satisfactorios, porque el tratamiento es conservador por esencia;

3.ª Posibilidad de tratar, sin temor de cicatriz, partes en apariencia sanas, contiguas á la periferia;

4.ª Ningún efecto secundario ó retroactivo desfavorable;

5.ª Tratamiento indolente.

He tratado así 553 casos de lupus vulgar; 130 se hallan aún en tratamiento; en 61 se ha suspendido por diversas causas; 362 han curado por completo.

Este método es útil también en las siguientes afecciones: lupus eritematoso, alopecia areata, *epitelium cutaneum*, acné vulgar y rosáceo, *naevus vascularis planus*.

Estas últimas tienen un interés especial porque no dependen de la infección bactérica y hace creer que sólo obra la acción inflamatoria de la luz. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 15 *de Junio de* 1900.

Observaciones clínicas sobre alteraciones de la función fisiológica de los órganos sexuales femeninos.— El Dr. Koblanck dice que en la mayoría de las mujeres que acudieron al Dispensario de la Clínica ginecológica de la Universidad de Berlín, no se pudo comprobar ninguna de las etiologías conocidas. Ni mediante una exacta exploración ginecológica, ni por el examen detenido de los demás órganos, ni por la investigación microscópica logróse descubrir una causa de la amenorrea. Las manifestaciones casuales de dos enfermas hicieron sospechar que la masturbación podía ser la causa de los trastornos menstruales; esta sospecha se confirmó. Por un lado, las mujeres, advertidas acerca de la naturaleza de la masturbación, hacían comunicaciones espontáneas; por otro lado, remediando el impulso á las manipulaciones, se logró restablecer la menstruación sin ningún tratamiento ginecológico.

Una gran importancia, por su influjo en los órganos genitales, tiene el tratamiento de los cuerpos cavernosos de la nariz. En la dismenorrea se puede demostrar de la manera más fácil y más sencilla la íntima conexión de la sexualidad con determinadas porciones de la mucosa nasal.

También en las eclámpsicas con pérdida del conocimiento se descubrió la masturbación. De 20 mujeres que habían tenido eclampsia, 19 confesaron que durante el embarazo se habían masturbado, y una advirtió que tal vez lo había hecho inconscientemente; con todo, sería temerario querer deducir algo de este hecho acerca del origen de la eclampsia. En cuanto á la metrorragia, resulta que la etiología señalada, sobre todo por Döderlein y otros, de la interrupción del curso fisiológico del orgasmo sexual, desempeña un papel mucho más importante del que se le concede en la práctica. Numerosas enfermas con graves hemorragias, entre ellas cuatro que por hemorragias incoercibles estaban resueltas á la extirpación total del útero, sanaron sin ningún tratamiento ginecológico, con sólo prescindir de ciertas precauciones en las relaciones matrimoniales.

El Dr. Adler dice que en muchos casos los fenómenos nerviosos de la mujer se interpretan como neurosis reflejas, partiendo de órganos genitales enfermos, y se tratan por ende genitalmente; mas lo contrario, neurosis primitiva y afección genital secundaria no es menos frecuente, y así sucede en la mayoría de las anomalías menstruales, dismenorrea, amenorrea y menorragia. La masturbación no puede considerarse como causa mecánica de dichos trastornos, sino éstos y aquélla, son consecuencias de la misma causa, la falta de satisfacción de la libidine sexual, y se curan normalizando las relaciones sexuales. Koblanck no estima bastante la frecuencia de la

masturbación; Rohleder la estima en 95 por 100, proporción que alcanzan tan sólo las eclámpsicas de Koblanck, mientras que sus demás observaciones se quedan muy por debajo de la cifra general de Rohléder. La vida sexual de la mujer se ha estudiado poco; recientemente se han dedicado á este estudio algunas médicas (la doctora Fischer-Dückelmann). Lo que sabemos ed cierto, es que existe una diferencia pronunciada entre la sensación sexual femenina y la del varón. La curva masculina asciende repentinamente para descender asimismo «á modo de alud»; la femenina sube más lentamente, y baja con igual lentitud. En la mujer, muchas veces deja de producirse el orgasmo (el vértice de la curva) — la anestesia sexual de la mujer es un estado mucho más frecuente de lo que generalmente se cree — llevándose la masturbación ó el coito sólo hasta cierto punto por debajo del vértice. De esto, lo mismo si se trata de masturbación que de coito, puede resultar un estado permanente de fluxión, puesto que la plétora sanguínea, no relevándose por el orgasmo, persiste algún tiempo (síntomas de la médula lumbar de Hegar).

El Dr. R. Schaefler dice que ha de hacer graves reparos al tratamiento nasal de la llamada dismenorrea nerviosa, inventado por Fliess y recomendado por Koblanck. Fliess extiende este tratamiento á todas las formas de la menstruación dolorosa, aun á las debidas á perimetritis y parametritis. Hace cuatro años Schaefler cocainizó en seis casos de dismenorrea típica los llamados puntos sexuales de la nariz, obteniendo en tres buenos resultados de momento y en los otros ningún efecto. Recientemente, ha tratado con la cocaína ocho casos de período doloroso con irritación de los anexos, observando en varios cesación de los dolores, como después de una inyección de morfina; por esto cocainizó en otro caso (perimetritis gonorréica) las *encias* y resultó un notable alivio del dolor. Así, pues, la cocaína obra por efecto general y no por modo misterioso tan sólo desde los «puntos genitales» de la nariz. En tres casos de dismenorrea típica cauterizó la nariz, siendo el efecto nulo; la posibilidad de una intoxicación con la cocaína obliga á ser prudente en su uso. Si de 20 eclámpsicas 19 confesaron á Koblanck que se masturbaban, debe de tratarse de una confusión con rascar las partes por comezón ó prurito, que es muy frecuente en el embarazo. La verdadera masturbación no es tan frecuente entre las mujeres, y esto se explica por ser el instinto sexual mucho menos intenso en la mujer, ignorando, según Krafft-Ebing, 8/10 de las mujeres la voluptuosidad en el coito.

El Dr. Knorr dice que cuando, hace cuatro años, Fliess hizo su primera comunicación sobre su método, le oyó con mucho escepticismo y se propuso demostrar la insostenibilidad de la teoría nasal; pero los ensayos dieron en su mayoría un resultado positivo, demostrando la exactitud de los asertos de Fliess. En 12 de 15 casos, el efecto fué favorable, y sólo en tres fué nulo, 9 de los casos sanaron definitivamente; lo singular es que algunos de los casos habían resistido á toda terapéutica ginecológica; también sanaron casos de *dismenorrea membranácea*. El efecto no se explica por sugestión ni por acción de anestesia general; en tres casos se obtuvo la curación definitiva por medio del tratamiento operatorio de condiciones patológicas de la nariz. El método merece comprobarse en la dismenorrea puramente uterina acompañada de dolores contractivos.

El Dr. Olshausen considera interesantes las comunicaciones de Kloblanck y plausible el influjo de la masturbación en la menstruación; menos creible le parece la conexión entre aquella y la eclampsia. Entre las causas de la amenorrea, hay que mencionar además la diabetes y la tuberculosis adelantada, el morfinismo y la deficiente ovulación, observándose esta amenorrea en la edad de veinte á cuarenta años, sobreviniendo en el curso de uno ó dos años en mujeres de poca vitalidad sexual y siendo siempre seguido de esterilidad.

El Dr. Fliess hace constar que nunca ha sostenido que todas las dismenorreas sean curables por la nariz. Solamente los dolores dismenorréicos que cesan por la cocainización de la nariz, constituyen la forma nasal de la dismenorrea y se curan definitivamente desde la nariz. Por lo demás, la cocaína no posee la virtud calmante general de la morfina.

El Dr. Koblanck repite su advertencia de que de los asertos de las enfermas que han tenido eclampsia, no deben sacarse conclusiones acerca de la etiología de esta afección; dice que puede confirmar las observaciones del Dr. Fliess sobre el influjo de la nariz en los dolores de parto; que es bien sabido que no todas las dismenorreas se curan con el tratamiento nasal, que también el Dr. Carlos Ruge ha visto la curación completa de la endometritis dismenorréica (cesación de la expulsión de membranas) por la cauterización de los puntos correspondientes de la mucosa nasal; que bastando una pequeñísima cantidad de cocaína para anestesiar, no cabe temer una intoxicación; y que por ahora no es posible aún explicar los muy complicados estados consecutivos debidos á los diversos trastornos de las numerosas funciones sexuales.—(*Centralblatt für Gynäkologie*). — G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la úlcera gástrica. — En el tratamiento de la úlcera del estómago es necesaria la quietud del órgano enfermo, pero ésta no es posible conseguirla en absoluto aun con la alimentación rectal, porque persiste la secreción gástrica y el ácido clorhídrico que no encuentra albúmina que le fije, obra como cáustico. La carne y el caldo estimulan el estómago y activan la secreción del ácido clorhídrico. La leche disminuye al principio esta secreción, pero al fin termina por estimularla igual que la carne. El mejor alimento, aunque no muy nutritivo, es la sopa de arroz, que se prepara cociendo arroz en agua durante una ó dos horas, hasta que adquiere una consistencia semisólida, y después se agrega un poco de manteca y sal. Puede prepararse esta sopa cociendo 50 gramos de arroz en 1050 de leche, hasta la consistencia necesaria. Este alimento es nutritivo, nada irritante y contiene la cantidad de albúmina necesaria para fijar el ácido clorhídrico. Al principio no se agrega á la sopa de arroz sal ni azúcar, pero después que avanza la cicatrización, debe agregarse una de estas substancias. El enfermo tomará tres veces al día de 210 á 315 gramos de la sopa referida.

Los alcalinos son necesarios. Es preciso administrar una cantidad de

álcali doble que la de ácido clorhídrico. La disolución empleada sólo contendrá 3 por 100 de bicarbonato sódico, y se administrará caliente dos ó tres veces al día dos ó tres horas después de comer.

La quietud en el lecho es indispensable. Después de lavar el estómago el Dr. Bourget, autor de este tratamiento, aconseja irrigarse con una disolución de percloruro de hierro al 2 por 100. Introduce de 100 á 150 gramos de ella, la extrae del estómago y repite la operación hasta usar unos 1000 gramos próximamente, de los que deja en la cavidad gástrica de 45 á 60 gramos, permaneciendo en tanto el enfermo en decúbito dorsal. Cinco minutos después se administra un vaso de una disolución acuosa de bicarbonato de sosa al 2 por 100, con objeto de que precipite el hierro. Este procedimiento se repite diariamente durante cinco días, y no lo contraindica la hematemesis. El dolor de la úlcera gástrica desaparece á las cuarenta y ocho horas, y muchas veces puede emplearse la alimentación mixta á los catorce días, siempre que se corrija la hiperacidez con los alcalinos. No hay tratamiento de acción tan rápida y segura sobre la úlcera simple del estómago.

El tratamiento quirúrgico sólo está indicado: 1.°, en la recidiva debida á la imposibilidad de someter el enfermo á la alimentación conveniente; 2.°, cuando hay estrechez del píloro ó se teme que sobrevenga; 3.°, cuando la úlcera no cicatriza por estar situada en el píloro. En estos casos, está indicada la gastro-enterostomía.—(*The Medical Review*).—F. Toledo.

Reacción que permite averiguar la edad de la leche humana.—El Dr. N. Sieber se propuso averiguar el grado de exactitud que tuviera la reacción que propone Umikoff para calcular la antigüedad de la leche humana, á contar desde el principio de la lactancia. Consiste el procedimiento en mezclar á 5 cm^3 de la leche 2'5 cm^3 de una disolución de amoníaco y calentar esta mezcla en el baño maría á 60° y durante quince á veinte minutos. El líquido toma entonces un color violeta rojizo, tanto más intenso cuanto más tiempo tenga la leche. La leche de vaca tratada del mismo modo toma un color amarillo ó todo lo más pardo amarillento, de tal manera que basta con esto para distinguir desde luego la leche de mujer de la leche de vaca.

Las investigaciones que practicó el Dr. Sieber confirman la exactitud de los datos de Umikoff: sólo desde el octavo mes de la lactancia no es tan uniforme la diferencia en la intensidad de la reacción, así es que en unos casos se presenta demasiado intensa y en otros demasiado débil. Respecto al origen del color violeta, resulta de las investigaciones del autor que hay que buscarlo en los principios dializables de la leche.

(*Zeitschr. f. physiol. Chem.*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

RESECCIÓN DE RODILLA

CON RESECCIÓN DE LOS DOS TERCIOS SUPERIORES DE LA TIBIA

POR EL

DOCTOR A. ESQUERDO

Cirujano del Hospital de Santa Cruz, de Barcelona.

Las operaciones conservadoras, además de proponerse la curación de una enfermedad, tienen la inapreciable ventaja de conservar al individuo una parte de su organismo, unas veces necesaria para la vida, otras útil y siempre estimable para las necesidades de la vida. Positivamente, el individuo á quien se amputa un brazo ó una pierna para curarle una enfermedad, una vez curada ésta, suele darse por satisfecho y no vuelve á acordarse del miembro perdido, pues puede vivir sin él, y no nota su falta, porque con su desaparición desaparecieron los sufrimientos. Hasta el médico suele preocuparse muy poco por el miembro sacrificado, porque si el enfermo se da por satisfecho y ha podido obtener una curación rápida, ¿qué más podía apetecer? Sin embargo, el cirujano que á la vez que estudia ciencia cultiva con cariño el arte quirúrgico, no debe quedar satisfecho cuando mutila, aunque sea curando rápidamente y bien al enfermo, y debe estarlo mucho cuando conserva una parte útil al enfermo, aunque sea haciéndole pasar por peripecias y sufrimientos que siempre suele llevar consigo una operación conservadora. El papel no suele resultar tan airoso ni tan lucido, pero en cambio, ¡cuánta satisfacción cada vez que ve al enfermo al cual ha conservado una parte que puede ser útil en la vida!

El individuo cuya historia voy á referir, acompañándola de fotografías, es uno de los muchos casos de que puede vanagloriarse la cirugía de nuestros días.

Ví hace dos años en Villajoyosa á un chico de dieciséis años de

edad, el cual daba lástima cuando le trajeron á mi casa. De buena estatura, pero flaco, pálido, con la cara desencajada del que está cansado de sufrir. Su padre es viejo y su madre joven (más de veinte años de diferencia, y su madre linfática, pobre por añadidura; familia de pocos recursos y muy mal alimentada).

Contaban los padres que nueve meses antes el chico había tenido fuertes dolores en la rodilla izquierda con calentura y delirio, que después se hincharon rodilla, muslo y pierna, y que, por último, tuvo que incindirse el muslo, saliendo una enorme cantidad de pus.

El médico que había visitado al enfermo hasta entonces, y que le acompañó á mi casa había formado el diagnóstico de flemón difuso del muslo: no me costó gran cosa convencerle de que el chico había padecido una osteítis epifisaria de la tibia con propagación á la diáfisis de la tibia, á la articulación de la rodilla, y que lo último fué el flemón difuso del muslo por propagación de la supuración articular.

A últimos de agosto de 1898, que es cuando yo ví á este enfermo, ni podía mover la pierna ni permitía que se la tocasen por temor á los dolores que le producía cualquier movimiento. La pierna estaba en extensión y más bien atrofiada que engrosada; había varios trayectos fistulosos, de los cuales, tres en el tercio inferior del muslo, dos en la corva por detrás de la cabeza del peroné y uno en la cara interna de la tibia por debajo de la epífisis; por todos manaba pus en abundancia, todos estaban casi obstruídos por granulaciones, las cuales sangraban al menor contacto. La rodilla estaba uniformemente abultada y conservaba cierta movilidad.

Todo esto me permitió establecer el diagnóstico de osteomielitis con necrosis de los tercios medio y superior de la tibia, destrucción de la articulación tibio-peronea superior con caries del peroné y artritis supurada de la rodilla con caries de los cóndilos del femur. A pesar de que había trayectos fistulosos en el tercio inferior del muslo y de que había habido supuración profunda en éste, me pareció que el centro de la epífisis del femur y la diáfisis del mismo hueso se conservaban intactas.

Por las lesiones que había en la rodilla, y haber partido éstas de la epífisis superior de la tibia propagándose á la diáfisis, parecía que sólo podría obtenerse una curación aceptable practicando la amputación del muslo. No obstante, por tratarse de un chico joven que habia resistido bien la artritis supurada de la rodilla y en el cual las partes blandas se habian defendido bien de la infección, creí posible una operación conservadora y así lo propuse.

El enfermo fué llevado á Barcelona á primeros de octubre de 1898, é ingresó en mi visita del Hospital de la Santa Cruz, ocupando la cama núm. 21 de la sala María.

Al practicar la operación, encontré el tercio medio de la tibia tan averiado, que me decidí á extirparlo por completo, dejando sólo el periostio muy engrosado. Esto me facilitó la extirpación total de la epífisis, que casi estaba reducida á papilla. La articulación sólo estaba constituída por bridas fibrosas y granulaciones fungosas; los cóndilos del femur habían perdido el cartílago de revestimiento y estaban profundamente corroidos. Igualmente había ocurrido á la cabeza del peroné. Tuve que resecar un hueso y otro hasta encontrar una superficie consistente.

Taponé la herida con gasa iodofórmica, coloqué la pierna en buena posición y apliqué una gotiera de franela y yeso por las partes externa y posterior, que llegaba desde la nalga hasta la planta del pié.

No ocurrió ningún percance ni hubo ningún entorpecimiento en la curación de este enfermo; recobró el apetito, pudo conciliar bien el sueño, y en un mes se puso desconocido. La curación de la herida fué lenta, cual suele y debe ocurrir en estos casos. A los cincuenta días pudo dejar la cama y andar con muletas.

En el mes de abril de 1899 quedaba sólo un hueco en el tercio superior de la pierna, correspondiente á la epífisis; podía apoyar ya el pié en el suelo. Entonces dí el alta al enfermo, quien regresó á Villajoyosa para tomar baños de mar.

En agosto le ví, muy adelantado á la curación, pero conservando todavía una cisura algo profunda en la parte alta de la herida.

Este verano he vuelto á verle, encontrándole en el estado que señalan las adjuntas fotografías. Si bien lleva para andar una gotiera de cuero que él mismo se ha construído, puede andar sin muletas y se apoya perfectamente sobre la pierna izquierda. Le queda una pequeña excoriación superficial en la parte alta de la cicatriz; hay algo de movilidad en la rodilla y un poco de rotación de la pierna hacia dentro. No obstante, el individuo puede apoyarse y sostenerse sólo con la pierna operada sin la gotiera, y anda perfectamente sin ella. Le aconsejo que continúe llevándola mientras note movilidad en la rodilla, porque así tendrá más seguridad en conservar la forma de la pierna más útil para andar.

En el invierno pasado ha tenido una osteomielitis de la diáfisis del húmero derecho que se ha abierto y curado espontáneamente con la eliminación de un secuestro.

El hecho éste no es único, pues otras veces he procedido de idéntico modo, logrando conservar piernas que debían amputarse; pero para que el tratamiento dé resultado, se necesitan condiciones favorables por parte del enfermo, cuidados asíduos por parte del médico encargado de la asistencia, y mucha paciencia y confianza por parte del enfermo y los que le rodeen.

Puedo recordar, á propósito, el caso de un muchacho de la misma población, al cual resequé la tibia, dejando sólo los cartílagos de revestimiento superior é inferior para mantener á salvo las articula-

ciones de la rodilla y tibio-tarsiana, consiguiendo la curación, pero no la reconsitución total del hueso, á pesar de haber respetado el periostio. En este caso que operé en la población durante mi estancia de verano, no pude vigilar las curaciones, pero tampoco creo hubiese negligencia por parte del médico encargado de verificarlas. Lo que sí creo hubo fué desidia y abandono por parte de los padres; pues antes de estar completada la curación, se dejó al niño sin apa-

rato, dejándole andar de cualquier modo, subirse á las paredes y á los árboles, etc., etc. El caso fué que la reconstitución ósea fué incompleta y se incurvó la pierna, por lo cual no podía (tres años después) apoyarla en el suelo sin andar sin muletas. A este chico, á quien yo aconsejé la aplicación de un aparato contentivo y correctivo, lo llevaron á Madrid, en donde no sé qué operación le practicarían que se vieron obligados á amputarle el muslo, todo por falta de paciencia, cuidado, buena dirección, y por no quererse resignar á llevar un aparato ortopédico. Ahora tiene que andar con muletas.

La edad de las osteítis epifisarias y osteomielitis es la más á propósito para la regeneración ósea, y el proceso hiperplásico que dichas lesiones provocan, es el más á propósito para que el hueso se regenere pronto y bien si sabe sacarse provecho de aquel proceso. Hasta los veinticinco años el periostio está siempre en actividad osteoplástica, cualquier proceso flojístico la exaspera, y es bien sabido que las osteítis epifisarias y osteomielitis, son propias de los jóvenes.

La osteomielitis y las osteítis epifisarias, no son graves ni mortales de por sí, sino por lo que representan y por las complicaciones á que dan lugar. Si la osteomielitis aparece en el transcurso de una infección general, aunque represente una localización de esta infección, es grave; ya porque el estado del infectado es grave sin la localización osteomielítica, ya porque la infección localizada á la médula ósea y encerrada dentro del hueso está en buenas condiciones para ir reproduciéndose y para mandar gérmenes y toxinas al torrente circulatorio por los conductos linfáticos; pero si encontramos un foco de osteomielitis sin infección general y podemos atacarlo abriendo el canal medular, la osteomielitis pierde toda su gravedad. La osteítis epifisaria es grave por los mismos conceptos y grave más rápidamente, porque propagada la infección á la bolsa sinovial de la articulación inmediata, encuentra una gran laguna linfática, en donde la absorción es fácil y peligrosa. Si podemos destruir la bolsa sinovial y convertir la cavidad articular en un absceso ordinario, evitando estancaciones de pus, la osteítis epifisaria ha perdido también su gravedad. De consiguiente, la osteomielitis y la osteítis epifisaria con salida fácil para el pus y sin estancaciones, son afecciones peligrosas para el miembro, que pocas veces se curan sin intervención quirúrgica, pero que pueden curarse espontáneamente, y mejor con intervención quirúrgica, conservándose el miembro; y esto, cuanto más joven sea el sujeto, con más probabilidades. Esto no quiere decir que hayamos de confiar en su curación espontánea, pues como ésta es rara, la persistencia de la supuración es un peligro para la salud del individuo, y el desgaste continuo del hueso agrava la deformación del miembro. Esto quiere decir, que si la curación espontánea es posible sin mutilación, el médico debe encauzarla con su intervención para evitar la mutilación siempre que sea posible.

Las heridas de los huesos y de las articulaciones, cuando unos y otras han sufrido el proceso inflamatorio, son las menos expuestas á complicaciones si se tratan bien. Hay que partir siempre del supuesto de que hubo infección y de que hay gérmenes adormecidos en aquellos tejidos, gérmenes dispuestos á repulular y adquirir su virulencia así que los tejidos se someten á una manipulación quirúrgica. En el hueso y la articulación normales podemos contar con la asepsia; pero en los huesos y articulaciones que han sufrido su proceso infectivo, debemos temer la sepsis y debemos siempre ir armados de los antisépticos.

El cirujano que practica una resección típica y extirpa todos los tejidos que han sufrido los efectos de la infección, puede contar con una cicatrización inmediata por reunión de las paredes y bordes de la herida; pero cuando la resección es atípica, cuando hay que rascar y excavar, dejando superficies dasiguales y cuevas varias, no puede contarse con la cicatrización inmediata; es seguro que habrá supuración, aunque ésta resulte inofensiva. Es más, como ha de procurarse un estímulo sobre las paredes, para que la proliferación formativa sea más activa ha de haber trasudación serosa con arrastre de glóbulos blancos y células de nueva formación, que constituyen los principales elementos del pus. Lo que podemos conseguir evitando y combatiendo la infección, es que el líquido purulento que fluye de la herida no sea séptico y, por lo tanto, ni perjudicial para el enfermo ni para la cicatrización de la herida. Es indudable que, evitando los espacios muertos, desaguando bien para que no haya retención de líquido sobre la superficie de la herida, lavando para arrastrar los elementos muertos y protegiendo la herida de los agentes sépticos con materiales antisépticos, aunque fluya la herida y el líquido sea purulento, se evita la infección. Por esto, el secreto del tratamiento de las heridas óseas y articulares, en partes que ya han sufrido los efectos de la infección, está en dejarlas bien abiertas para vigilar siempre todos los recodos, en taponar bien para que no quede ningún hueco en donde pueda retenerse una gota de líquido, y en evitar que queden granulaciones escondidas. De este modo puede obtenerse una cicatrización progresiva por organización lenta de los elementos de nueva formación, pero segura; mientras que si quedan escondidas granulaciones embrionarias, estas mismas se estorban para la organización de los elementos conjuntivos, y en lugar de constituir el tejido de transición para la cicatriz, se convierten en elementos neoplásicos que perturban la cicatrización, invaden y destruyen lo cicatrizado. El recodo ó trayecto cuya cicatrización no es regularmente progresiva desde el centro á la periferia, es siempre un peligro en las heridas de los huesos.

Yo creo que, debido al concepto que tengo formado de la cicatrización de las heridas óseas y articulares infectadas, he podido conseguir curaciones de lesiones que en otros casos he visto curar amputando, pero mutilando al enfermo.

El cirujano que quiera conservar, muchas veces debe sacrificar la lucidez de un acto operatorio y el éxito de relumbrón, á los cuidados y la paciencia en el tratamiento de la lesión. El cirujano operador

que se preocupa poco del porvenir del enfermo y que no quiere perder tiempo en curaciones, busca más la parte artística de la operación que la parte estética y útil para el operado. El cirujano clínico que mira antes que todo el porvenir del enfermo y le acompaña y ayuda hasta dejarle curado y lo más útil posible, puede descuidar un poco la parte artística y prescindir del éxito inmediato para darse por satisfecho, cuando el enfermo está curado y ha conservado un centímetro de miembro que pueda serle útil.

En las excavaciones óseas y más si éstas se practican en una articulación ó en las inmediaciones de una articulación, el taponamiento es de necesidad y no debe suprimirse ni aflojarse mientras la resistencia del tejido no empuje el tapón hacia fuera. Puede practicarse éste con gasa aséptica, fenicada, sublimada ó iodofórmica, pero siempre es preferible sea antiséptica que aséptica. Algunas veces, por la intolerancia del enfermo, no puede recurrirse á la gasa sublimada, á la fenicada, ni á la iodofórmica, pues además de los peligros de la intoxicación, suelen dar origen á eczemas rebeldes; y por otra parte, cuando aparece la supuración verde por efecto de alteraciones de las secreciones de la piel, tampoco las dominan. He observado que lo mejor es, cuando hay intolerancia por el iodoformo ó aparece la supuración verde, lavar la herida y la piel con soluciones muy débiles de cloruro de zinc, medio por 100 ó 1 por 100, espolvorear la herida con salol, taponarle con gasa esterilizada y cubrirla con una capa de salol; y si esto no bastase, para dominar el eczema en caso de haberlo, espolvorear con una mezcla de subnitrato de bismuto y salol. Muchas veces, hay necesidad de lavar la herida con solución de cloruro de zinc al 2 por 100 para contener la exuberancia de los mamelones carnosos.

Una herida cavitaria de un hueso, necesita para cerrar, un tiempo indeterminado, que está en relación inversa de la edad del enfermo y de la anchura y profundidad de la herida y en relación directa de la rarefacción del hueso y de la plasticidad del individuo; pero que no puede apresurarse sino rompiendo las paredes óseas para que se aproximen ó invirtiendo los bordes cutáneos hacia el centro de la cavidad ósea, pues para que ésta se cierre hasta la superficie, es necesario que el fondo pase por la transformación del tejido embrionario de las granulaciones en tejido fibroso y éste en tejido óseo, para lo cual se requiere mucho tiempo. De aquí que una cavidad ósea por poco profunda que sea, necesite para cerrarse dos ó tres meses y á veces un año. No debe apurarse el médico por este retardo con tal

de que haya dejado en buenas condiciones la superficie ósea resecada ó excavada.

Además del cuidado en el tratamiento de la herida para conducirla á buena cicatrización, necesita el médico preocuparse mucho de la posición que da al miembro para que la limpieza y las curaciones puedan verificarse bien y dé la inmovilización, cosa esencial para el tratamiento de todas las heridas articulares. Con planchas de zinc amoldadas pueden construirse aparatos contentivos muy perfectos, acomodables y limpios, pero yo, por poco que pueda, prefiero construir una gotiera de franela y yeso, la cual resulta muy ligera y sólida, puede escotarse y fenestrarse por varias partes, se adapta perfectamente á las formas del miembro para inmovilizarlo y con un poco de cuidado puede mantenerse limpia. Si acaso se ensuciase, como es de poco coste puede cambiarse y modificarse su forma con mucha frecuencia.

Cuando ha habido necesidad de resecar una diáfisis, epífisis ó diáfisis, ó la totalidad de un hueso, háyase ó no penetrado en la articulación, la inmovilización se impone hasta la cicatrización completa de la herida y hasta que el hueso que se haya de reconstituir haya adquirido la suficiente consistencia sopena de que sobrevengan complicaciones graves en el primer caso ó el hueso adquiera una posición viciosa, imposible de corregir después. No hay necesidad de que el enfermo guarde cama, y hasta se le puede permitir que haga uso del miembro operado, pero de ningún modo debe dejarse la inmovilización ni descuidarse el taponamiento. Con inmovilización, limpieza y taponamiento, pueden hacerse milagros de conservación en las lesiones óseas y articulares.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Oto-Rino-Laringólogo. Madrid.

Sumario: I. Procidencia y herida operatoria del golfo de la vena yugular, en la caja timpánica. — II. Contribución al tratamiento de las supuraciones crónicas del oído medio; 180 extracciones de martillo y yunque.— III. Operación radical de los pólipos mucosos nasales. — IV. Sobre el tratamiento de la tuberculosis laríngea. — V. De la epiglectomía por vía externa. — VI. Sobre la posición cadavérica de las cuerdas vocales.

I. La anatomía topográfica nos enseña la caja timpánica, guardada por centinelas de tal importancia, como son las meninges por arriba, la arteria carótida por delante, nervio facial y seno lateral por detrás y el golfo de la vena yugular por su pared inferior. De esta última relación anatómica y de los peligros que puede acarrear en la paracentesis timpánica, se ocupa, en un trabajo publicado en el *Bolletino delle Malattie dell' Orecchio, della Gola e del Naso*, en el número de junio último, el Dr. Barrago-Ciarella, de Nápoles.

En un temporal normal encuéntranse la yugular y la mucosa de la caja timpánica separadas tan sólo por una delgada lámina ósea, arqueada, de convexidad superior. Esta convexidad puede excepcionalmente ser tan pronunciada que forma procidencia en el suelo de la caja timpánica, de modo tal, que al practicar la paracentesis vaya la punta metálica á chocar directamente contra ella. Si como esta pared es dura y resistente, fuera blanda y fácilmente perforable, ya se comprende que la paracentesis sería siempre peligrosa.

¿Puede en algún caso darse la fatal circunstancia mencionada?

Indudablemente; la pared inferior ofrece á veces dehiscencias, encontrándose la mucosa de la caja en inmediato contacto con la yugular.

Tal disposición explica los desgraciados casos de paracentesis timpánica, con perforación de la yugular y hemorragia copiosa, que registra la literatura.

Muy pocos son los casos historiados desde que en 1890 se observó el primero, en Halle, en la Clínica de Schwartze y en ninguno de ellos pudo preverse tal anomalía, y aunque en 1894 el Dr. Gomperz presentó en Viena un ejemplar en el que el diagnóstico podía realizarse, es lo cierto que en las condiciones patológicas en que ordina-

riamente se practica la paracentesis, siempre será difícil prever tal complicación.

Dice Gomperz que una zona azulada en las zonas inferiores timpánicas es indicio de tal anomalía; pero cuando el tímpano está inflamado, roja la membrana ó perdida la transparencia por depósitos patológicos, que es precisamente cuando se practica la paracentesis; entonces, ¿cómo puede mostrarse esa zona?

El último caso registrado es el del Dr. B.-Ciarella, quien operando en un niño de dos años un raspado de la caja, al dar un golpe de cucharilla, hizo brotar un chorro imponente de sangre que fué cohibida con el taponamiento.

Supone este autor que podría diagnosticarse tal modalidad anatómica auscultando por el conducto auditivo externo el ruído venoso que supone casi normal en todo el largo de la vena yugular interna, y que, en caso de dehiscencia, podría ser notado por el procedimiento de auscultación indicado. Creemos que en ello hay un punto de vista puramente teórico y que la práctica no confirmará.

II. Desde que hace diez años inició el Dr. Ludwig la extracción sistemática del yunque, además de la del martillo, que venía practicándose, háse tenido la oportunidad de comprobar repetidas veces con cuánta razón era ejecutado tal sistema. La estadística de Ludwig arrojaba un 84 por 100 de caries del yunque, mientras que el martillo permanecía casi siempre intacto. No sólo se ha puesto en práctica tal operación con el objeto de dar fin á las supuraciones crónicas, sino que, con finalidad acústica, se ha ensayado en los procesos esclerosos de la caja, en la degeneración calcárea y en las sinequias, que son resto de procesos supurados antiguos. Pero la verdadera indicación de tal intervención se ha señalado en las afecciones supuradas del ático. Y se comprende que así sea, pues que el ático ó porción superior ó cúpula de la caja timpánica, á pesar de ser superior, tiene pésimas condiciones anatómicas para el desagüe de los exudados patológicos, sirviendo como sirve de continente de la cadena ósea, la que, por disposición especial, hace un tanto el papel de un estorbo que obstruye el paso á las regiones inferiores. Por esto se comprende que, quitado este estorbo (martillo y yunque), es fácil ya la desinfección de la cúpula. Si á esto añadimos que el cuerpo del yunque y la cabeza del martillo atacados de caries son muchas veces uno de los factores que sostienen la supuración, se comprenderá el esfuerzo de los otólogos que sostienen que tal operación sencilla hace inútil ó innecesaria la más peligrosa y radical de Stocke. Hasta qué punto

puede esto ser cierto, ya nos lo dirá la experiencia clínica, contentándonos por ahora con acumular datos. A este fin publica el doctor Schröder, ayudante de la Clínica que en Hamburgo dirige el Dr. Ludwig, una estadística de 130 extracciones, con un 50 por 100 de curaciones en la clase proletaria, proporción que las estadísticas de Ludwig, tomadas de la clase acomodada, hacen ascender al 80 por 100.

En estos 130 casos, resulta la frecuencia de la caries del yunque (88 por 100), así como la escasa frecuencia de la lesión del martillo.

La audición ha mejorado en el 65 por 100, ha permanecido invariable en el 22 por 100 y ha disminuído un poco en el 13 por 100.

La operación ha sido siempre practicada con el gancho especial de Ludwig, sobre el que, comparándole con el de Zeroni, pueden verse algunos detalles en una de nuestras anteriores *Revistas*.—(*Archiv. für Ohrenheilkunde*, tomo 49, cuaderno 1.°).

III. Muchas son las cuestiones que la moderna Rinología ha resuelto ó tiene en vías de resolución, en lo que concierne á la historia de los pólipos llamados mucosos de las fosas nasales. Etiológicamente, ha encontrado su relación estrecha con la supuración de las cavidades accesorias y ciertas lesiones óseas no bien definidas, que originando un trastorno de nutrición de la mucosa, serían en muchas ocasiones las causantes de la degeneración en cuestión.

Patológicamente, ha resuelto la naturaleza fibrosa á grandes mallas de tales neoformaciones; y, por último, en la terapéutica son tales las innovaciones, que hemos llegado á comprender la dificultad de un tratamiento verdaderamente radical, pues que la recidiva es la regla, debido á la no modificación del terreno, asiento de la neoplasia, contentándonos, como ordinariamente sucede, con la extirpación al asa fría ó pinza, de aquellas porciones que, por su mayor tamaño, obstruyen ó dificultan el paso del aire. Por todas partes, en la literatura médica aparece significada esta dificultad, y nosotros mismos en esta *Revista* en 1896 (1) nos expresamos en tal sentido.

Recientemente, en la sesión del 5 de mayo último de la Sociedad Laringológica de Londres, el Dr. Lambert Lack se ha ocupado de un método de operatoria radical, que viene practicando con éxito completo.

Existe en las fosas nasales una zona especial que podemos llamar etmoidal, que comprende toda la extensión de las masas laterales del etmoides, con el cornete medio, teniendo por límite anterior el

(1) *Recidiva de los pólipos mucosos nasales*. Revista de Medicina y Cirugía prácticas, 1896, núm. 491.

conducto fronto-nasal, por detrás el cuerpo del esfenoides con su seno, por abajo el canal medio, con sus desagües del seno maxilar, del seno frontal y el *ostium etmoidale*; por arriba la lámina cribosa y la sutura fronto-etmoidal, por fuera el hueso plano que forma la pared interna de la órbita y por dentro la fisura olfatoria que la separa del tabique nasal. Pues bien, esta zona etmoidal podemos llamarla también *poliposa*, y esta zona es la que el Dr. Lambert Lack extirpa con su método radical, suponiendo que toda ella está enferma, y, por lo tanto, los pólipos habrán de reproducirse mientras no procuremos la destrucción del terreno. En anestesia clorofórmica realiza con cucharillas cortantes el vaciamiento de toda la zona, teniendo cuidado de no sobrepasar sus límites por afuera, lo que nos conduciría á la órbita, y por arriba lo que nos llevaría á las meninges.

El examen microscópico de las porciones extraídas, le ha mostrado lesiones óseas muy pronunciadas que no son otras que las de la osteitis rarefaciente. ¿Hasta qué punto aparece justificada una medida tan radical? Aunque no es este el lugar de discutir tal asunto, nos permitimos afirmar que tal radicalismo puede obtenerse sin apelar á trágicas operaciones, sirviéndonos en sucesivas sesiones del asa fría, de la cucharilla y del galvano, y tratando las lesiones supuradas de las cavidades accesorias, que simultáneamente pudieran existir, ya como causa de los pólipos, ya como su efecto, que de todo puede haber algo.

IV. En verdad que, para medir nuestro poder curativo, en una dolencia, nada mejor que contar el número de los remedios admitidos como útiles; tanto mayor será éste número, que su eficacia será dudosa. En el tratamiento de la tuberculosis laríngea, encontramos amplia confirmación de este principio.

Estudiando la marcha de la terapéutica de tal dolencia desde la época laringoscópica, toda pulverización, toda inhalación y toque, han encontrado aquí su empleo en muchas ocasiones justificado, aunque la falta de éxito final nos incline al escepticismo propio de todos los fracasos.

Pero una nota clínica de mérito resalta hoy en la práctica, y es el considerable poder que alcanzamos en el alivio de las molestias locales del enfermo.

Tal es la síntesis del trabajo que el Dr. Frendenthal (de New-York) presentó en junio de 1900 á la Asociación Médica Americana, y que se reproduce en los *Archiv. für. Laryngologie und Rhinologie* de B. Fränkel, tomo XI, cuaderno 1.º

Muchos de los tratamientos propuestos pueden tener indudable utilidad, aplicados oportunamente. La inyección endolaringea de aceite mentolado, según práctica de Rosenberg, ¿quién duda que es de un auxilio eficaz para combatir las congestiones laríngeas pre y perifímicas de la laringe y tráquea que por el estímulo constante son un incentivo para la tos? Sin duda que el mentol, extendido por toda la mucosa, calma las molestias, así la sensación de constricción, como el cosquilleo y el dolor, que tanto mortifican al paciente.

Pero no podemos afirmar que el tratamiento de Rosenberg, modifique en sentido favorable la marcha de la lesión.

El tratamiento por medio de las pincelaciones con ácido láctico, en concentraciones distintas, desde el 50 hasta el 80 por 100 y aun puro, que ha tenido tantos defensores desde que Krause comenzó su empleo en 1885, no deja de tener marcada influencia sobre ciertas ulceraciones superficiales, cuando el estado general del enfermo es poco avanzado; pero ni conseguimos alivio alguno en las extensas infiltraciones, ni en las ulceraciones profundas, ni en los períodos avanzados de la lesión, y lo que es más de sentir, provocamos á veces con su aplicación tales espasmos de la glotis, que el enfermo se aterra, y despertamos tal dolor, que á veces dura un día entero, de modo tal, que resulta peor que el padecimiento.

Consideraciones parecidas pueden hacerse sobre el empleo de la glicerina fenicada, del bálsamo del Perú, del fenol sulforricinado, de la creosota, del éter iodoformado; remedios todos más ó menos sugestivos, pero de escasa influencia sobre la marcha del padecimiento.

¿Tendremos que decir lo mismo del método propuesto por Frendenthal?

Este práctico comienza por realizar una limpieza laringo-traqueal por medio de una pulverización indiferente, y una vez que el conducto aéreo aparece libre de todo exudado patológico, insufla un polvo compuesto de extracto de cápsulas supra-renales y lactosa en la cantidad de 1 á 4 decígramos, con lo que á los pocos minutos se realiza una anestesia completa de la región tan considerable como la obtenida por la cocaína, sin las parestesias molestas que ésta suele provocar y sin temor á toxicidad alguna.

Después de esta anestesia preliminar, procede á pulverizar una emulsión de mentol y ortoformo, cuya fórmula es la siguiente:

Mentol	1'0, 5'0, 10, 15'0
Aceite de almendras dulces	80,0
Yema de huevo	25,0
Ortoformo	12,0
Agua de tila	100,0

Emulsiónese.

Comienza con la emulsión al 1 por 100 de mentol hasta alcanzar gradualmente á las mayores concentraciones.

Con el empleo sistemático de esta fórmula, consigue obtener los beneficios del tratamiento mentolado de Rosenberg, más la indudable eficacia anestésica del ortoformo que por su duración hace fácil la deglución en los estados de disfagia dolorosa que tanto compromete la nutrición del tuberculoso.

En un padecimiento como el que tratamos, en que fácilmente caminamos á la abstención terapéutica, nos parece justo el tratamiento propuesto y practicado con éxito por Frendenthal, que no puede ser más racional.

V. A propósito de tres casos tratados recientemente por el Dr. Moure (de Burdeos), publica este reputado laringólogo en la *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 1900, núm. 40, una serie de consideraciones que pueden substanciarse del modo siguiente:

Los procedimientos endolaríngeos de extirpación de la epiglotis, para los que venimos sirviéndonos de fuertes pinzas cortantes, tales como las de Moritz Schmidt, Mackenzie, etc., pueden en determinados casos sustituirse por la vía transhioidea de Gussenbauer, que ha resucitado hace algunos años el Dr. Vallas (de Lyon), prefiriendo la incisión vertical á la transversal, con ó sin extirpación del hioides, según práctica de Jaboulay.

Dada una neoplasia en la epiglotis, practiquemos una incisión vertical desde el mentón á la horquilla esternal, coloquemos una cánula traqueal para taponamiento, como la de Trendelenburg ó la de Hahn, dividamos el hioides en la línea media, y de este modo, sin herir músculos ni vasos, puesto que caminamos á través del rafe, llegamos hasta la epiglotis, la cual extirpamos hasta su raíz á golpes de tijera, habiéndolo previamente atraído al exterior.

A los ocho días, una vez desaparecido el edema inflamatorio del vestíbulo laríngeo que ha podido producir la operación, retiramos la cánula traqueal.

Con este procedimiento hemos conseguido la operación en aneste-

sia, hemos evitado la entrada de sangre en los bronquios y la intervención ha sido sencillísima.

Todo esto es verdad, pero yo me pregunto: ¿es que esto no se consigue con la laringofisura? Luego la laringotomía transhioidea nos parece supérflua y lo más justificada en el caso de tener necesidad de extirpar porción de la base lingual, lo que no se podría conseguir por la simple división del cartílago tiroides.

VI. Los Tratados clásicos y Revistas abundan en la denominación que nos sirve de epígrafe, queriendo significar con la frase *posición cadavérica*, que las cuerdas vocales se encuentran, al igual que en el cadáver, en una línea intermedia á las de la fonación y abducción extrema.

Tal afirmación viene siendo admitida sin discusión, suponiendo que la parálisis recurrencial total, en la que lo mismo los músculos fonadores que los respiratorios están en resolución, no puede menos de semejarse á lo que sucede en el cadáver.

¿Pero verdaderamente sucede esto en el cadáver? El Dr. Fein (de Viena) acaba de publicar en los *Archiv. für Laryngologie und Rhinologie*, tomo XI, cuaderno 1.°, un trabajo sobre la cuestión, negando tal disposición cadavérica y adoptando las siguientes conclusiones:

Las cuerdas vocales, algunas horas después de la muerte, permanecen en la línea media ó en la proximidad de ella.

La rigidez cadavérica aleja las cuerdas vocales de la línea media, ampliándose la abertura glótica con el progreso de la rigidez.

Después de la desaparición de la rigidez cadavérica, permanecen las cuerdas vocales en una posición intermedia.

No existe una forma precisa de la glotis cadavérica.

Por lo tanto, la denominación «posición cadavérica» debe desaparecer y ser sustituída por la de *posición intermedia*.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LOS BAÑOS TIBIOS Y LOS BAÑOS FRÍOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DEL SARAMPIÓN, por D. Eduardo Xalabarder. Barcelona, 1900.

II. LA PNEUMO-ENTERITIS INFECCIOSA DE LOS FORRAJES Ó VARIEDADES DE LAS AFECCIONES TIFOIDEAS EN LOS ANIMALES SOLÍPEDOS, por Galtier y Voilet, traducción al español por D. Benito Remartinez y Díaz. Madrid, 1900.

I

Partidario el autor de este trabajo del empleo de los baños tibios y fríos en el tratamiento de las complicaciones del sarampión, expone en él, además de algunos casos clínicos demostrativos de su tesis, las ideas en que fundamenta la indicación de este agente terapéutico. Cierto es que á primera vista resulta de una decisión extraordinaria, y para el vulgo hasta temeraria, la aplicación de los baños en estos casos clínicos y en la forma que se expone, pero científicamente son aceptables las ideas que expone el Dr. Xalabarder, por los hechos que también hemos comprobado en la práctica y por los fundamentos en que apoya la indicación balneoterápica de que se ocupa.

Describe la forma en que él aplica los baños, respecto de temperatura y duración, así cómo el aprovechamiento de la reacción consecutiva á él de efecto positivo. «El tratamiento del sarampión, dice, como enfermedad infectiva, ha de basarse *en la resistencia del organismo y en el estado expedito de las vías de eliminación*», y en efecto, el baño frío, que entre otras propiedades tiene la de ser esencialmente diurético, cumple á satisfacción su objeto en enfermos con aquellas condiciones.

Perfectamente admisible que en los casos de sarampión de marcha normal nada se haga más que dejar la evolución franca de la enfermedad, pero cuando cualquiera complicación se revele, sin duda alguna debe dejarse toda preocupación en otro sentido, y con razonamiento científico y valor, sea cualquiera la complicación, se debe emplear este recurso terapéutico en la mayoría de los casos. Quiere

decir lo apuntado que el trabajo del Dr. Xalabarder nos parece excelente por su formalidad de juicio clínico y porque refleja hechos de observación que yo por lo menos he tenido ocasión de observar.

II

Aunque esta obra tiene un motivo que principalmente se refiere á asuntos de conocimiento útil á los que se dedican á estudios de veterinaria, no está fuera de lugar que en la REVISTA se dé cuenta de ella á los médicos, porque hay capítulos en que se expresa con claridad extraordinaria cuestiones que nos conviene saber: tales son las referentes á la etiología de las enfermedades contagiosas bacteridianas y todos los puntos relativos á este particular de patología general, así como el no menos importante dedicado al estudio del contagio, de la infección y de los virus, llenos de verdad científica, que hacen recomendable la lectura. Además, los puntos de relación que en sus fundamentos tiene la ciencia de curar en la escala animal, hace que por lo que á la medicina humana toca, se acoja con agrado todos los trabajos que como éste aportan algo en favor de su progreso. Otros juzguen del acierto y exactitud de desarrollo del resto de la obra en su objeto principal de describir la pneumoarteritis infecciosa de los forrajes ó variedades de las afecciones tifoideas en los solípedos, nosotros vemos en ella un acierto de su traductor por la selección hecha con el objeto de aportar á la enseñanza de la Veterinaria un trabajo de gran mérito, suscrito por Galtier y Voilet, profesores de la Escuela de Veterinaria de Lyon, cuyas firmas le acreditan, como le acredita también la del profesor español, Sr. Remartinez y Díaz, de justo renombre entre la Facultad de Veterinaria española.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Rinitis fungosa fétida. Síntomas de necresis del cornete medio. Error de diagnóstico. — En la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*, publica D. Luis Suñé el caso clínico referente á una niña de cinco años. Esta era linfática, nerviosa, pálida. La nariz, en general, hinchada, reluciente, algo roja; fluía por el meato anterior izquierdo un pus seroso, sanguinolento, fétido, que ex-

coriaba la piel hasta el labio superior. La fetidez era muy notable sintiéndose á distancia; no se parecía á la fetidez *chinchiforme* del ozena, ni á la característica de un coriza escrofuloso, ni á otras de procesos meramente mucosos. El hedor era exactamente igual al que echan los sifilíticos que sufren necrosis del tabique ó de algún cornete.

El único dato etiológico proporcionado por los padres de la enferma, fué: una caída de bruces, con subsiguiente hemorragia nasal.

Fecha del flujo seromucoso con síntomas de obstrucción nasal (izquierda), dos años. Fecha de la fetidez de este flujo, un año.

Los orificios nasales se presentaban ya por natural conformación pequeñísimos; y mucho más el izquierdo, que estaba lleno de pus y costritas. Secándolo el Dr. Suñé con pequeñas mechas de algodón hidrófilo, provocábase hemorragia procedente del meato ó del cornete inferior. La sangre impedía todo examen visual. Entonces procedió á lavados intranasales hemostáticos consistentes en agua caliente á 50° (que es el mejor líquido hemostático, porque no es cáustico, ni congestiona la mucosa, ni mancha, ni deja resíduos).

Conseguida la limpieza de la fosa nasal, el speculum bivalvo de Miot destinado al examen del oído, dejaba tan poco espacio entre sus valvas, que la luz resultaba insuficiente, aun procediendo de un potente foco de gas con mechero Aüer. Entonces echó mano, como lo verificó en casos análogos, del otoscopio de Brunton, iluminado con una lamparilla eléctrica que representa más de 100 bujías, cuyo foco se concentra todo en el cono del otoscopio, produce una iluminación verdaderamente deslumbradora, aunque no molesta la vista del observador, porque el gran embudo del otoscopio que la cobija, la oculta de él.

Con esta iluminación sólo consignió ver el vestíbulo excoriado y el extremo del cornete inferior muy tumefacto. Todo lo demás quedaba oculto por fungosidades muy propensas á sangrar.

Un estilete rígido sirvió mejor que la rinoscopia. Pasando á través de las fungosidades y provocando pequeñas hemorragias, consiguió llegar á un sitio que por la distancia ó profundidad del explorador parecía ser el meato intercorneal medio. Allí se tocaba hueso (?) denudado, rugoso, carcomido, pues la extremidad del estilete se metía en algún punto cual si fuesen pequeñas areolas óseas.

Se trataba á su juicio de *caries con necrosis del cornete medio, probablemente de causa traumática*, y de curación muy posible.

El tratamiento consistió en desingurgitación y limpieza de la fosa nasal (inyecciones de agua caliente fenicada al 1 por 100); favorecer el desprendimiento del *secuestro* (inyecciones con cocimiento de quina alcanforado, movilización con ganchitos de acero, etc.) y extracción del mismo.

Al tercer día de tratamiento por inyecciones, el estilete acusa mayor movilidad del *secuestro*. El examen rinoscópico es más fácil y se ve medio centímetro de *hueso*, negro, mate, rugoso, rodeado de fungosidades; parece ser un punto limitado del cornete medio.

Al día siguiente (previa cocainización local) introdujo una pinza delgada de Duplay, alcanzó el *secuestro* (?), pero no pudo cogerlo. Abandona la pinza y vuelve al gancho rígido, á la cucharilla fenestrada, etc., y al fin y á la postre de varias tentativas, muy dificultadas por las contorsiones y gritos de la en-

ferma y por la rinorragia quirúrgica, extrajo ¡un *botón esférico de madera negra, con asa metálica!*

El *secreto* de ese perdonable error de diagnóstico estaba en que ni la niña ni sus padres sabían la introducción del cuerpo extraño.

Este cuerpo extraño, enclavado durante dos años entre el cornete medio y el tabique, había provocado desde luego rinitis congestiva, después desgaste epitelial, ulceración por atrición de tejido, creación de fungosidades, etc., y si por la misma tendencia eliminatoria de los tejidos vivos no hubiese salido algún día empujado por el pus ó á beneficio de un estornudo, seguramente hubiera necrosado el punto de contacto que tenía, atrofiando ó mortificando antes la mucosa y el periostio. Después de extraído el ignorado botón, continuaron los lavados con quina. Al segundo día cesó la fetidez; al cuarto ya no hubo fungosidades. Entonces se acabó de cicatrizar la úlcera producida por la presión del cuerpo extraño, á favor de lociones suaves (hechas con simple pera de cautcho), con un líquido compuesto de

Cocimiento de hojas de nogal	500 gramos.
Benzoato de sosa.....	2 —
Tintura de quinina.....	5 —

Este tópico es de los que usa con mayor predilección el Dr. Suñé, porque determina rápida y sólida cicatrización de las úlceras que radican en el tejido mucoso.

La fosa nasal, á los quince días estaba completamente sana y sin deformidad alguna.

Un caso de fecomelia ó falta congénita de la región digital derecha.—D. Jaime Font Monteros, publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, el caso clínico referente á N. N., multípara, de constitución bastante robusta, sin antecedentes patológicos. El 17 de mayo del corriente año dió á luz, con felicidad, una niña de término afectada de la anomalía que sirve de epígrafe á esta nota, sin que ni la madre, ni el padre, ni nadie de su familia recuerden en los presentes ni en los antepasados, ningún pariente próximo ni lejano que haya venido al mundo con vicio alguno congénito de conformación.

La ausencia absoluta de los dedos de la mano derecha contrasta visiblemente con la excelente nutrición general, y con la conformación exterior y visceral completamente normal de la recién nacida.

No es raro observar en la práctica tocológica la disminución ó el aumento en el número de los dedos en las manos de los recién nacidos, las adherencias interdigitales anormales, las contracturas, la hipertrofia ó mano de gigante, y los tumores de diversa naturaleza y constitución; pero no es muy frecuente señalar la falta absoluta congénita afectando totalmente á los cinco dedos de la mano derecha, comparable al cangrejo, y sin que la mano del cirujano pueda intervenir quirúrgicamente en nada ni para nada á remediar esta anomalía.

En las demás deformidades y anomalías congénitas que constituyen para el porvenir un verdadero y real obstáculo para el paciente, el cirujano goza de habilidad, destreza y certeza suficientes para remediarlas y hacer que los

vecién nacidos, al ser hombres, cumplan con el precepto ineludible del trabajo. Así el cirujano amputa, excinde ó liga en la polidactilia, por implantación viciosa, por dirección distinta de los demás dedos ó por ser un rudimento de dedo sin esqueleto, pendiente de un simple pedículo. En la sindactilia incinde la membrana análoga á la que llevan en las patas las palmípedas; en las contracturas, aplica un dedal que ejerza una presión continua sobre la convexidad de la curva, ó, según sea la deformidad ectrodactilia, megalodactilia, braquidactilia ó mano zamba, apelando al procedimiento operatorio adecuado y que ofrezca las mayores probabilidades de éxito.

SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de Dermatología.

Las peladas. — El Dr. O. LASSAR (de Berlín): La etiología espera todavía una explicación definitiva. La teoría neuropática de la alopecia areata va perdiendo cada vez más terreno y defensores.

La teoría parasitaria es, desde cualquier punto de vista que se considere, la más homogénea de todas las propuestas para explicar la pelada.

La terapéutica de la alopecia areata es empírica y se funda en una hipótesis que ha dado resultados favorables. De su empleo precoz depende el pronóstico. El tratamiento consiste en el empleo de medios dotados de propiedades bactericidas, antiparasitarias ó antitóxicas.

El Dr. PAVLOF (de San Petersburgo): La enfermedad que se designa en Francia con el nombre de pelada, se llama en Rusia alopecia areata. Es imposible conocer la frecuencia de dicha enfermedad en este último país.

Entre todos los casos que he observado, tres sólo pueden incluirse en la pelada decalvante y aun estos tres principiaron por las lesiones de la pelada vulgar, los demás presentaron el carácter típico de esta última.

En cuanto á considerar la pelada ofiásica como una forma clínica particular, mis observaciones no prueban que sea necesario, porque la he observado lo mismo en los adultos que en los niños y muchas veces al mismo tiempo que las lesiones de la pelada vulgar.

El interrogatorio de los enfermos no me ha permitido considerar como causa el contagio.

El estudio detallado de los enfermos desde el punto de vista clínico, me

ha demostrado por el contrario, la mayor parte de las veces, la conexión de las alteraciones características de esta enfermedad, con diversos trastornos del sistema nervioso; la alopecia areata se desarrolla siempre en individuos de sistema nervioso irritable y aparece por lo general á consecuencia de emociones morales, de lesiones traumáticas, etc.

Fundándome en los casos que he observado, creo poder afirmar que en mi país, la alopecia areata no tiene el carácter de una enfermedad contagiosa.

El Dr. Norman Walker (de Edinburgo): La teoría nerviosa que tiene todavía tantos partidarios en nuestro país, ha sido hace ya mucho tiempo combatida por Buechner cuyos diagramas de distribución de los nervios cutáneos demuestran con toda claridad que no es posible atribuir á una influencia nerviosa todos los casos de pelada. Pero creo que aun los más decididos partidarios de la teoría infecciosa, admitirán que existen casos que dependen al parecer de la influencia nerviosa. En lo referente á la etiología, Hutchinson considera la pelada como una consecuencia de la tricofitia, sin preocuparse del intervalo transcurrido entre las dos enfermedades.

La teoría del Dr. Crocker es todavía más extraña, porque considera la mayor parte de los casos diagnosticados de pelada como ejemplos de tiña desconocida.

Queda la teoría infecciosa á la que ha dado, recientemente, un gran interés el trabajo del Dr. Sabouraud.

En más del 70 por 100 de mis casos, he observado la existencia de una seborrea oleosa típica. Ha llamado mi atención el gran número de tubos que, sembrados con un cabello, quedaron completamente estériles. En los cultivos he obtenido siempre las colonias que Sabouraud describe con el nombre de porcelánicas y pocas impurezas.

Cuando no he podido obtener las colonias rojas de Sabouraud, obtuve un parásito notable. A los catorce ó veintiocho días cuando más, se formó una mancha de color negro morenuzco que parecía debida al desarrollo de otro organismo. Este se encuentra en los cultivos hechos con costras seborréicas y con comedones, y no es idéntico el organismo de Sabouraud. Forma en la gelatina un cultivo blanco debajo de la estría de inoculación, después se liquida todo repentinamente.

El Dr. Sabouraud (de París), (*conclusiones*): 1.ª Deben separarse del cuadro nosográfico de la pelada las alopecias, que sólo son reliquia de lesiones anteriores desaparecidas.

2.ª Conviene conservar el nombre de pelada, sólo á las alopecias en áreas, clínicamente espontáneas, que no son precedidas de lesión previa alguna.

3.ª Aun ateniéndose á esta regla, es fácil que se confundan con el nombre común de pelada muchas enfermedades principales:

4.ª Distingo dos formas diferentes.

a) «La pelada ofiásica» de Celso, más frecuente y más típica en la infancia. Principio occipital, extensión circunferencial á la piel del cráneo, marcha lenta, curación en la pubertad, herencia cierta. Contagio infinitamente raro, si existe.

b) La pelada seborréica de Bateman: adulto, edad media, placa inicial seguida á distancia de otras secundarias. Placas orbiculares, infección seborréica microbacilar de su superficie. Contagio raro, pero posible y seguro.

5.ª La forma, el sitio, la edad, la microbiología, la terapéutica, separan estas dos formas morbosas.

Aunque es imposible demostrar experimentalmente su separación absoluta y definitiva, creo que pueden admitirse dos clases de pelada: una de causa local, otra de causa general. Es, en resumen, la clasificación antigua en pelada parasitaria y en pelada no parasitaria ó nerviosa.

6.ª Considero este punto como uno de los más obscuros de la dermatología y creo que la obscuridad durará mucho tiempo, por falta de técnicas experimentales nuevas.

La tricoptilosis y sus causas.—El Dr. Spriegler (de Viena): La tricoptilosis (hendidura de los cabellos), que se observa en las mujeres de cabellera larga, es producida por un bacilo especial que he descubierto.

Los cultivos pueden provocar la tricoptilosis de los cabellos sanos, y con estos se obtienen nuevos cultivos del bacilo.

La naturaleza micótica de la tricoptilosis, está completamente conforme con los hechos clínicos conocidos, sobre todo con la rebeldía de la enfermedad.

Los trastornos nutritivos no pueden considerarse como causa de la tricoptilosis, porque la padecen las personas bien y mal nutridas, con cabellera seca y grasa.

La afección se distingue desde el punto de vista clínico, y sobre todo bacteriológico, de la *trichorrhexis nudosa*.

La afección sólo se observa en la cabellera larga de las mujeres. No la padece el hombre á causa del corte frecuente del pelo.

La única terapéutica eficaz, es el corte frecuente del cabello enfermo durante mucho tiempo.

Las leucoplasias. — El Dr. L. Perrin (de Marsella): A E. Besnier pertenece el honor de haber demostrado en 1891, que «el carácter elemental, superior y común de reunir naturalmente todas las afecciones blancas de las mucosas, es el trastorno de la función epitélica—keratosis, diskeratosis, hiperkeratosis—. Desde el punto de vista anatómico, son todas keratosis y desde el objetivo keratosis blancas».

La leucoplasia no es sino un síndrome de sitio diverso y ocasionado por causas variadas; no constituye una entidad morbosa, pero debe considerarse como un síntoma que representa un modo de reacción del epitelio á las irritaciones mecánicas.

En todos los casos se observan los dos caracteres anatómico-patológicos de esta lesión: esclerosis dérmica y transformación de un epitelio pavimentoso ó cilíndrico en epidermis gruesa, córnea.

La leucoplasia se observa en todas las mucosas y ofrece el carácter común siguiente: la lesión epitélica se produce durante una inflamación crónica, provocada ó mantenida por irritaciones repetidas y prolongadas.

Sea la que quiera su causa, la afección es crónica, rebelde, incurable y puede degenerar en cáncer.

El principio de la leucoplasia suele ignorarse á causa de su carácter indolente. Las placas leucoplásicas tienen los caracteres siguientes: 1.°, color especial con superficie lisa ó saliente, rugosa, papilomatosa; 2.°, pliegues, arrugas, surcos; 3.°, fisuras, grietas, ulceraciones ó sencillamente islotes

erosivos. Los trastornos funcionales están en relación con el sitio de las placas leucoplásicas.

La leucoplasia lingual suele ser debida á la sífilis; es ocasionada también por el abuso del tabaco y por otros irritantes. En ocasiones es hereditaria.

Sea el que quiera su origen, se observan en el sitio de la placa blanca lesiones epitélicas y dérmicas: las primeras se caracterizan por la keratinización de los elementos superficiales del epitelio, por la formación de una capa de células de eleidina; en una palabra, por la cutinización de la mucosa; las lesiones dérmicas consisten en infiltración celular que conduce á la esclerosis.

Las degeneraciones neoplásicas de la leucoplasia presentan dos variedades: en la primera la leucoplasia es sustituída progresivamente por un cancroide á causa de la dekeratinización regresiva; es la epiteliomización de las úlceras y fisura de las regiones dekeratinizadas. Este proceso es el más frecuente. En el segundo el epitelioma puede nacer directamente de globos epidérmicos, que aparecen en medio de las células córneas.

En el primer modo patógeno, el epitelioma es un simple *accidente* causado por las modificaciones, por decirlo así mecánicas, de la placa córnea (úlceras, fisuras); las relaciones de la leucoplasia con el cáncer, son por lo tanto *indirectas*. En el segundo, más raro, el epitelioma se desarrolla sin ulceración previa de la placa blanca, á expensas de globos epidérmicos que aparecen en el seno de las placas epitélicas no dekeratinizadas.

Esta circunstancia prueba que el epitelioma está relacionado directamente con la leucokeratosis, que representa la fase terminal, que no puede ser considerado como un simple accidente debido á la dekeratinización, á la ulceración, á las fisuras de las placas.

Los hechos observados, permiten creer que existen relaciones patológicas entre la inflamación crónica, la leucoplasia y el cáncer: la inflamación crónica se complica con transformación epidérmica del epitelio; este epitelio patológico puede ser á su vez el punto de partida de un epitelioma; existen entre la leucoplasia benigna, lesión inflamatoria superficial, y el cancroide, lesión maligna profunda, alteraciones intermedias.

«El epitelioma no es sólo un accidente ó una complicación de las leucokeratosis, es uno de sus modos evolutivos, es su terminación, no constante pero sí natural, y una placa de leucokeratosis puede considerarse como un cáncer en potencia».

Respecto á la frecuencia de la degeneración neoplásica, es mayor de lo que se cree. De 124 casos de leucoplasia buco-lingual que hemos observado, en 38 hubo degeneración epitélica. Las estadísticas de los dermatólogos señalan del 20 al 50 por 100.

Puede decirse que todas las leucoplasias suelen terminar por epitelioma. La persistencia de la causa irritante que ha provocado la aparición de las placas blancas, ejerce una influencia manifiesta sobre la degeneración maligna; lo mismo acontece con la edad del enfermo, la falta de tratamiento higiénico, etc.

Respecto á la leucoplasia lingual, en la que suele haber antecedentes sifilíticos, el problema es más complejo. Al parecer en las leucoplasias linguales, objetivamente sifilíticas, hay menos tendencia á la degeneración que á

las parasifilíticas, en las que la causa es el abuso del tabaco. Las variedades de la mucosa gruesa, vegetante y agrietada, son más sospechosas que las placas delgadas y sin agrietar. La duración del período pre-epiteliomatoso es más ó menos largo, en ocasiones de treinta años; pero la transformación maligna es siempre de temer.

El epitelioma leucoplásico no constituye un tipo único; es menos grave que el cáncer ordinario; no son raras las curaciones durables. La intervención debe ser precoz: exeresis total de la placa cuando es posible; tal debe ser la conducta del cirujano.

Sección de sifiliografía y venereología.

Sífilis é infecciones asociadas. — El Dr. L. Duncan-Bulkley (de Nueva York): Observaciones numerosas han demostrado las modificaciones que imprimen á la sífilis las diversas infecciones concomitantes. Provisionalmente puede adoptarse la clasificación que sigue:

I. Infección doble, coincidente ó primitiva:

a) Sífilis acompañada de una enfermedad local.
- — y úlcera simple.
- — é infección microbiana.

b) Sífilis acompañada de una enfermedad general.
- — y vacuna.
- — y viruela.
- — y erisipela.
- — y sarampión.
- — y tuberculosis.
- — y lepra.
- — y paludismo.
- — y fiebre tifoidea.
- — é infección purulenta.

II. Infección doble consecutiva:

a) Sífilis anterior á la infección.
- — y enfermedades precedentes.
- — y eczemas soborréicos.
- — y psoriasis.
- — y lupus.
- — y epitelioma.

b) Sífilis posterior á la infección.
- — y las mismas enfermedades.

Una de las infecciones puede retardar, acelerar ó modificar la marcha normal de la otra.

El Dr. A. Ducrey (de Pisa): Para estudiar con orden este asunto conviene distinguir:

a) Las asociaciones con la sífilis, ó, mejor dicho, con algunas manifestaciones de ella, de las infecciones locales incapaces de ejercer una acción general sobre la evolución de la sífilis.

b) Las asociaciones con la sífilis de infecciones que ejercen de ordinario una acción exclusivamente local, pero que á veces son capaces de producir trastornos generales.

c) Las asociaciones con la sífilis de las verdaderas infecciones generales del organismo de marcha aguda ó crónica.

a) Cuando se asocia la úlcera venérea con la sifilítica resulta una lesión especial (úlcera mixta), en la que se hallan confundidos los caracteres de las dos afecciones. El bacilo de la úlcera venérea no encuentra en el granuloma sifilítico condiciones que se opongan á su desarrollo, y la úlcera sifilítica en este caso experimenta con más facilidad las transformaciones necrósicas y fagedénicas.

La asociación de la úlcera infectante con diversos agentes piógenos (estreptococos, estafilococos, etc.), explica los caracteres de gravedad insólita que puede presentar esta lesión. Las úlceras sifilíticas asociadas así presentan tendencia notable á la ulceración y suelen ser refractarias á la terapéutica.

Estas modificaciones son más acentuadas en las sifílides.

b) La blenorragia y la sífilis pueden coexistir en el mismo individuo, sin que haya influencia recíproca que merezca señalarse, si bien el reumatismo blenorrágico es, al parecer, más frecuente en los sifilíticos.

La sífilis suele asociarse con el lupus ; la lesión lúpica es más difícil entonces de curar.

c) La influencia recíproca de la sífilis y de las fiebres eruptivas, es poco conocida. En los niños sifilíticos que padecen sarampión, viruela, escarlatina, la mortalidad es mucho mayor que en los no sifilíticos ; pero en estos casos, más que la sífilis, el factor de gravedad es el estado de debilidad, que suele ser grandísima en tales enfermos.

La influencia de la sífilis y de la fiebre tifoidea se ha estudiado mejor. Cuando la fiebre tifoidea cura en un sifilítico, atenúa á menudo la sífilis y hasta suele curarla. Cuando adquiere la sífilis un convaleciente de fiebre tifoidea, como encuentra un terreno más propicio, adquiere una gravedad grandísima, debida á la menor resistencia del organismo que favorece la infección.

La erisipela, cuando es intensa y recae en un sifilítico que se encuentra en buenas condiciones generales de salud, acelera la resolución de las manifestaciones sifilíticas en actividad, y muchas veces no se ve presentarse en bastante tiempo nuevas manifestaciones.

En igualdad de condiciones, las mujeres sifilíticas ofrecen un terreno más favorable que las no sifilíticas para el desarrollo de la septicemia puerperal. Esta, principalmente en el período secundario sifilítico, suele seguir una marcha más grave ; pero si la mujer cura, parece que la erisipela influye favorablemente sobre la sífilis.

La asociación de la sífilis y la tuberculosis es una de las más importantes ; la mayor parte de las observaciones confirman la acción nefasta de estas dos graves infecciones, que pueden evolucionar paralela ó sucesivamente en el mismo individuo. La sífilis prepara muchas veces el terreno á la tuberculosis, sobre todo cuando la infección primitiva trastorna profundamente la nutrición, y en este caso la tuberculosis pulmonar sigue de ordinario una marcha rapidísima.

La sífilis en los tuberculosos es casi siempre de forma precoz, grave, con lesiones de tendencia á la supuración y á la ulceración.

En los tuberculosos, la sífilis puede dar un gran impulso á las lesiones tuberculosas, con particularidad á las pulmonares; pero en ciertos casos las dos infecciones no ejercen influencia desastrosa alguna y se desarrollan al parecer independientemente una de otra, sin que se sepa el motivo.

El paludismo agrava la sífilis cuando se complica con ella. La causa de esta agravación es debida al trastorno profundo que la infección palúdica produce en el organismo (hipoglobulia y caquexia), ó á factores de índole específica que desconocemos. La hipótesis de que el micro-organismo palúdico, como es aerobio, sustrae el oxígeno de los tejidos, que se convierten así en un terreno más favorable para el desarrollo del micro-organismo de la sífilis, que debe ser anaerobio, es una simple hipótesis no demostrada.

La clínica demuestra que la sífilis y la lepra pueden coexistir en el mismo individuo, y que una de las infecciones no esteriliza el terreno para la otra.

El Dr. H. Hallopeau (de París): Debe entenderse por infecciones asociadas no todas las enfermedades infecciosas que pueden coexistir en un mismo individuo con la sífilis, sino sólo las que modifican los caracteres de las manifestaciones de esta enfermedad ó son modificadas por ellas.

Las infecciones pueden asociarse á la sífilis en todos sus períodos.

Sífilis y supuraciones. — Las sífilis supuradas no son todas debidas á la asociación de microbios piógenos, porque las toxinas sifilíticas son por sí mismas piógenas, pero hay circunstancias en las que estos microbios piógenos tienen una influencia notable y hasta preponderante. Obsérvase esto cuando la alteración sifilítica está localizada en una región donde se estacionan los microbios; en estos casos, los microbios piógenos adquieren una actividad mayor, penetran en los linfáticos y provocan adenopatías que supuran y se hacen ulcerosas.

En las supuraciones asociadas á la sífilis se encuentran los microbios ordinarios piógenos.

Ulceras mixtas. — Se trata en este caso de una asociación indudable entre el agente infeccioso de la sífilis y el bacilo de Ducrey.

Balano-postitis circinada erosiva. — Esta enfermedad, descrita ya por Ricord y estudiada de nuevo por Berdal y Bataille, obra, al parecer, principalmente contribuyendo á provocar fimosis que ocasiona la retención de pus y las complicaciones indicadas.

Gangrena. — Esta complicación puede reconocer como causa próxima la sobreactividad del contagio sifilítico que la produce, sin duda obstruyendo los vasillos, trátese de una úlcera ó de una sifílide, ó un obstáculo mecánico á la circulación como el fimosis. Cuando complica la úlcera dura ó las sifílides secundarias malignas, supone necesariamente la intervención de microbios indeterminados, que son la causa próxima.

Sífilis y fagedenismo. — Se han confundido con este nombre estados morbosos diversos; se le aplica á las úlceras infectantes que se hacen destructoras por sobreactividad de sus virus y á las úlceras mixtas, debidas á la sobreactividad del bacilo de Ducrey; sólo estas últimas son híbridas.

Sifilomas vegetantes. — Son debidos, según toda probabilidad, á asociaciones microbianas, pero se desconoce el microbio patógeno.

Sifílides y seborreides. — Es una de las asociaciones más comunes, según

Unna y Leloir; las localizaciones frecuentes de la sifílides en los sitios electivos de las seborreides, las particularidades de sus caracteres clínicos y su resistencia al tratamiento abogan en favor de esta hipótesis. Es casi probable que se trata de algo más que de una localización común en las glándulas pielosebáceas y sudoríparas.

Sifílides y tuberculides.—Augagneur y Abraham han admitido una influencia favorable de la sífilis sobre la tuberculosis por antagonismo entre sus microbios; se ha sostenido la opinión contraria. Vemos de ordinario las manifestaciones de estas enfermedades evolucionar paralelamente sin influirse una sobre otra. Se han observado algunos casos híbridos, lúpicos y sifilíticos.

Sífilis y tuberculosis pulmonar.— Los casos numerosos de curación indican que de ordinario sólo hay simple concomitancia; en las autopsias se han encontrado casi siempre lesiones independientes.

Sífilis y adenopatías tuberculosas.—Su evolución suele ser independiente; en los escrofulosos, la sífilis produce adenopatías más voluminosas múltiples y persistentes con tendencia á la supuración, pero nada prueba que se trate de tuberculosis ganglionares; los casos en que Leloir ha observado su persistencia parcial después de un tratamiento específico, son favorables á la teoría mixta, pero no constituyen la regla.

Sífilis y cáncer. — A menudo los sifilomas ó las cicatrices sifilíticas forman un terreno favorable al desarrollo de los epiteliomas; el agente infeccioso procede, según toda probabilidad, del exterior; el sitio casi constante de los neoplasmas en la boca, prueba esta teoría; es innegable la existencia de cierto número de casos mixtos.

Sífilis hereditaria. – Puede, como la del adulto, asociarse á diversas infecciones: citaremos, entre otras, las gangrenas que complican á veces el pénfigo específico de los recién nacidos. Constituyen más á menudo un terreno favorable para el desarrollo de otra infección; las adenopatías tuberculosas, la tuberculosis pulmonar, la coxalgia, el mal de Pott, los tumores blancos, se observan con frecuencia en los heredo-sifilíticos; no hay, sin embargo, en estos casos verdaderas asociaciones; estas manifestaciones no toman carácter alguno especial de la sífilis concomitante.

Descendencia de los heredo-sifilíticos. — El Dr. B. Tarnowsky (de San Petersburgo): La influencia hereditaria de la sífilis adquirida se manifiesta con más vigor en la segunda generación de los sifilíticos, y ocasiona cierto número de abortos, de criaturas que nacen muertas ó que mueren á los pocos meses de nacer, de criaturas que presentan manifestaciones de sífilis hereditaria ó distróficas.

La influencia de la herencia sifilítica disminuye notablemente á la tercera generación.

La sífilis adquirida de la primera generación, no se transmite á la tercera bajo la forma de las manifestaciones conocidas de la sífilis hereditaria. La inmunidad para el virus sifilítico tampoco se transmite por herencia á la tercera generación.

Los padres con síntomas sifilíticos hereditarios, en el momento de la concepción ó durante el embarazo, no transmiten á sus hijos la sífilis en forma hereditaria.

No hemos tenido ocasión de observar la transmisión de la sífilis por vía hereditaria que salte una generación.

Una segunda generación de sifilíticos sin manifestación alguna de sífilis ordinaria y sin distrofias, tiene, por lo general, descendientes robustos.

Las distrofias de la segunda generación sifilítica no son siempre transmitidas á la tercera, en forma de distrofias idénticas.

La sífilis hereditaria de la tercera generación, es debida casi siempre á una nueva infección sifilítica, contraída por los individuos de la segunda. Se observa á menudo una infección sifilítica extra-uterina, que designo con el nombre de *sífilis binaria*.

La tercera generación puede también presentar síntomas de sífilis hereditaria en los casos raros, en los que los representantes de la segunda contraigan la sífilis.

La sífilis binaria, es decir, la sífilis adquirida de la segunda generación de los sifilíticos, ejerce sobre la tercera una influencia mucho más nociva que la sífilis de la primera sobre la segunda.

Las distrofias sexuales de la segunda y tercera generación sifilítica ejercen una influencia importante en la despoblación de las familias sifilíticas.

Una de las causas principales de la degeneración rápida que se observa en la sífilis endémica, es debida indudablemente á la sífilis binaria.

Las distrofias observadas en la tercera generación no presentan ni por sí mismas ni por su agrupación, particularidad alguna distintiva de su procedencia sifilítica hereditaria.

La influencia hereditaria nociva de la sífilis adquirida por la primera generación, se manifiesta sobre todo en la segunda, es menor en la tercera, disminuye más en la cuarta, y cesa por completo después.

El Dr. Jullien (de París): La herencia sifilítica depende del virus ó de sus toxinas, y varía según las facilidades ó las resistencias que estos elementos encuentren en su desarrollo. Porque el carácter complejo de la masa hereditaria no depende sólo de las adiciones sucesivas que reciben á cada generación los atributos atábicos, sino también de las sustracciones que experimentan. Así se explican las variaciones incesantes de capital vital, porque la morfogenesis individual es un resumen de la de los antecesores. Todas las células de un organismo en formación contienen una partícula de nucleína del núcleo embrionario, en el que se encuentran concentrados todos los atributos de los generadores; son, como se ha dicho, los bióforos, que llevan en sí las tendencias hereditarias. El ser que principia es el resultante de estos bióforos, que entran en lucha unos con otros. Los más fuertes se manifiestan, los otros quedan latentes en estado de potencia sin poderse transmitir. Este mecanismo permite comprender por qué el hijo se asemeja á sus padres, y explicar los casos en que la generación intermedia queda sana. Goza, respecto á la infección, de una inmunidad que no transmite. Demuestra lo infundado de la opinión tan generalizada de que en las sociedades castigadas por la sífilis, la receptibilidad para el virus concluye por atenuarse de generación en generación.

Los experimentos memorables de Gley y Charrin sobre la producción de estigmas y de vicios de conformación en los productos de las hembras, á las

que se hace absorber toxinas, las que Strauss, Chamberland, Netter, Chantemesse, Widal, sobre el paso de los microbios y de las toxinas á través de la placenta, son aplicables en absoluto al caso que nos ocupa. Si la bacteria ha podido abrirse paso, es la sífilis con su cortejo de síntomas; si el huevo absorbe la toxina según la época en que lo haga, la rapidez, la intensidad, el grado en que se generalice la infección, la resistencia que encuentre, sobrevendrán variedades infinitas de distrofia desde la muerte del embrión, desde la monstruosidad compleja hasta la anomalía más mínima. Estos hechos son frecuentes, y sorprende que un campo tan extenso haya sido hasta ahora *terra ignota*. Iluminados por la bacteriología, la embriología y la sifiliografía moderna, los prácticos reconocerán sin dificultad la sífilis tal cual es, corruptora de los individuos, causa latente y tenaz de degeneración para sus descendientes.

Causas de las infecciones generalizadas en la blenorragia. — El Dr. Lesser (de Berlín): La infección generalizada en la blenorragia sobreviene principalmente en los casos que van acompañados de complicaciones. En el hombre, en la mayor parte de los casos de infección general, se afecta la parte posterior de la uretra. Parece, además, que hay cierta tendencia á la infección general, porque algunos enfermos que la han padecido, vuelven á padecerla á cada nueva blenorragia.

El Dr. P. Tommasoli (de Palermo): Las infecciones generalizadas de la blenorragia deben dividirse en tres grupos:

1.° Infecciones gonocócicas puras;

2.° Infecciones mixtas (gonococos asociados á otros microbios, estafilococos, estreptococos, etc.).

3.° Infecciones no gonocócicas.

Se admite hoy que las toxinas pueden producir las manifestaciones de la infección generalizada: 1.°, porque muchas veces no se han descubierto microbios en los exudados de las lesiones blenorrágicas; 2.°, porque las toxinas extraídas de los cultivos puros del gonococo pueden provocar las manifestaciones determinadas de ordinario por el agente patógeno vivo, y en particular una uretritis.

El secreto de las infecciones generalizadas de la blenorragia debe buscarse en una virulencia insólita de los agentes infecciosos ó en un estado bioquímico particular del organismo.

Respecto al primer punto, se observa de ordinario la blenorragia más grave ó extensa después de los excesos higiénicos. En lo referente al segundo, sabemos que las infecciones generalizadas en la blenorragia se producen con más facilidad:

a) En las personas fatigadas y débiles;

b) En las sometidas á la acción de algún agente patógeno, susceptible por sí sólo, de provocar algunas de las manifestaciones morbosas de la infección blenorrágica generalizada (traumatismo, influencias reumáticas, etc.);

c) En los linfáticos, alcohólicos, artríticos, etc.

Queda siempre un punto obscuro que aclara la biología del gonococo, y la bioquímica de los que padecen gonohemia.

Observamos por una parte que:

1.° El gonococo tiene predilección por un terreno ligeramente ácido;

2.° Con la orina humana puede prepararse un buen terreno de cultivo para el gonococo.

Por otra parte:

1.° En todas las formas de reumatismo agudo hay discrasia ácida;

2.° En la diabetes la alcalinidad de la sangre está disminuída;

3.° En los individuos linfáticos y artríticos—en los que se observa de preferencia el reumatismo blenorrágico — la alcalinidad de la sangre está disminuída, y se observa siempre la existencia del ácido úrico.

¿Existe algún lazo de unión entre estas condiciones? El porvenir lo demostrará.

El Dr. A. Ward (de Londres): Lógicamente la generalización de la infección blenorrágica, no puede separarse de la consideración del foco local que la produce. Hay una acción recíproca continua de una y de otro y la persistencia de la enfermedad local agrava el estado general. Es preciso estudiar en totalidad el proceso de la lucha por la vida, entre el microbio y el organismo humano y deducir de los hechos reunidos así, el plan de acción profiláctico y terapéutico. ¿El diplococo de Neisser y sus toxinas, constituyen la única causa de la enfermedad local y general, ó esta infección abre únicamente la puerta de entrada á otras? Es un problema que no se ha resuelto aún. Sólo conocemos un hecho: la blenorragia y los estados patológicos asociados á ella, son debidos á la presencia de microbios y á sus toxinas. Los microbios son la causa, sus nombres y sus reacciones colorantes, son problemas que se encargarán de resolver el bacteriólogo y el sabio de laboratorio.

La lucha por la vida entre los microbios y el organismo. — El gonococo al desarrollarse en el organismo, produce una toxina irritante que es la causa directa de todos los síntomas, tanto locales como generales. La toxina es absorbida siempre por la economía y produce trastornos de gravedad variable. La blenorragia, es por lo tanto, una afección general toxémica, pero los microbios que producen las toxinas, están de ordinario localizados en una superficie mucosa ó en su proximidad. La infección puede propagarse por continuidad á los conductos ó á los órganos que comunican con la superficie afectada, ó penetran en el interior del organismo directamente, ó por su desarrollo en la mucosa que es afectada. De ella interesa el tejido celular, los linfáticos, los ganglios y el aparato vascular. Esta invasión es posible, á causa de la influencia paralizadora que ejerce sobre los leucocitos la toxina absorbida, y que en los individuos sensibles á este veneno paraliza la fagocitosis.

Cuando los microbios penetran en el aparato circulatorio, llegan hasta el corazón, ó hasta los capilares terminales de las membranas serosas y sinoviales, ó hasta los vasos estrechos de los tendones y de los tejidos fibrosos. En estos puntos se detienen y producen una cantidad de toxinas mayor ó menor, que determinan inflamaciones locales. La invasión de la economía es favorecida por todas las intervenciones enérgicas contra la infección localizada, porque disminuyen la fuerza de resistencia local, y porque al excoriar ó desgarrar la mucosa pueden abrir directamente la puerta á los invasores. El tratamiento general debe dirigirse contra la toxemia general, cuando existe, ó contra la toxemia complicada de metastasis. El tratamien-

to local es siempre necesario y jamás debe inferirse un traumatismo instrumental, mecánico ó químico.

La toxina del gonococo y su absorción. — La absorción de la toxina gonocócica produce el malestar general, la elevación de la temperatura y la anemia que se observan en todos los estados graves. El flujo local es el equivalente osmósico y quimiotáctico de la toxina absorbida. En casos excepcionales, la toxina produce alteraciones generales graves. Caquexia, afecciones nerviosas, neuritis óptica, dermatosis eritematosas, hemorrágicas é hiperkeratósicas son las consecuencias de estos procesos.

Invasión de los tejidos por el gonococo. — Esta invasión sólo es posible, cuando los leucocitos están paralizados por las toxinas absorbidas en el foco primitivo.

El gonococo en la sangre. — Paniché ha demostrado la presencia del gonococo en la sangre. La invasión de las articulaciones es generalmente difusa y seguida de inflamaciones crónicas. Lesiónes cardíacas.

Efectos locales de las toxinas desarrolladas en los focos de metastasis.— Están aumentados por las toxinas absorbidas en el foco primitivo. Es siempre necesario destruir este foco.

Profilaxis y tratamiento. — La toxemia general se combate por los medios que eliminan ó atenúan las tóxicas. Contra las metastasis se emplearán los parasiticidas. Los traumatismos locales son peligrosos. La generalización de la blenorragia se observa, según mi experiencia, en el 0'6 por 100 de los casos. Como dice Neisser «es indudable que la frecuencia de las complicaciones de la blenorragia, depende del método de tratamiento empleado».

El Dr. F. Balzer (de París): La infección blenorrágica general es causada por el virus de la blenorragia, gonococo y toxina, que penetra en la circulación. Esta infección se manifiesta por síntomas generales y por localizaciones nuevas de la blenorragia, á veces por verdaderas piemias análogas á las que pueden causar los microbios piógenos. Estos microbios pueden asociarse al gonococo en la infección generalizada.

Gonococo.—El microscopio nos demuestra primero el gonococo atravesando las capas de la mucosa donde está implantado y llegando á los vasos. El movimiento de secreción y de exudación sero-leucocítica, tiende á rechazarle hacia la superficie mucosa. Pero puede en un momento dado penetrar á través de la pared del vaso, bien en estado libre ó incluído en los leucocitos.

La endovascularitis opone á veces una barrera á la invasión gonocócica. Pero ésta se produce en ocasiones, sin que haya fenómeno local alguno que indique este proceso de defensa del organismo.

Las localizaciones metastásicas de la infección pueden ser gravísimas; á veces la atenuación de los síntomas es tal, que hay motivos para preguntar si se desconocerán muchas infecciones generalizadas.

La vía principal, seguida por el gonococo para infectar el organismo, es la de los vasos sanguíneos. El gonococo se ha visto en el endotelio de las paredes vasculares (Wertheim); su *presencia en la sangre*, observada muchas veces en estos últimos años (Thayer y Blumer, Ahman, Tullier y Sibut, Colombini, Panichi, etc.), han probado de un modo fehaciente la infección general.

En resumen, conocemos perfectamente el proceso de la infección general

por el gonococo, pero es imposible decir por qué esta infección no se manifiesta en un número de blenorragias relativamente elevado.

Gonotoxina.—Las inyecciones hechas por Wassermann de cultivos de gonococos, vivos ó muertos y separados del medio de cultivo, en el peritoneo de los ratones, ocasionaron en dos casos la muerte. Wassermann, Gross, Kraus, Nicolaysen, Laitinen, Scholtz, Moltchanoff, creen que la toxina está contenida exclusivamente en el cuerpo del gonococo. El líquido de los cultivos filtrado es inofensivo, y en cambio, la inyección subcutánea de los gonococos muertos produce accidentes febriles é inflamatorios en los animales y en el hombre.

Según De Christmas, la toxina contenida en el cuerpo de los gonococos no difiere en el líquido de cultivo después de su muerte: es el resultado de un proceso vital del gonococo, variable según su desarrollo y las cualidades del medio de cultivo. Schæffer, Fonseca y Panichi, admiten que la gonotoxina existe en el medio de cultivo filtrado. Esta toxina es activísima y mata al conejillo de Indias en pocas horas por la inyección intracerebral ligera. De Christmas ha llegado á inmunizar los animales y á obtener una antitoxina capaz de neutralizar los efectos de la toxina.

En las manifestaciones locales, los efectos de la gonotoxina se añaden á los del gonococo; desempeña, al parecer, el papel principal en la génesis de ciertos síntomas inflamatorios.

En la infección general, es posible que su acción sea distinta de la del gonococo y que se ejerza á veces de una manera independiente, en otras palabras, ciertas manifestaciones son debidas á la intoxicación más que á la infección.

Microbios asociados ó agregados al gonococo.—La asociación microbiana es primitiva ó secundária. Según los hechos clínicos y experimentales, las asociaciones microbianas agravan de una manera notable el pronóstico de la infección blenorrágica general. Los microbios que se encuentran más á menudo son los siguientes: estafilococos blanco y dorado, estreptococo, colibacilo, pneumococo, bacilo de Koch, microbios diversos, bacilo pociánico, cocos, saprofitos de las vías genito-urinarias.

Puede ocurrir también que estas infecciones se produzcan directamente en las vías genito-urinarias, favorecidas por el gonococo, pero sin su asociación. Por último, sucede algunas veces que son post-gonocócicas y se producen después de la desaparición del gonococo, y en ocasiones, por otra puerta de entrada que las vías genito-urinarias (flemones, escaras, etc.).

La influencia de los microbios asociados ó agregados al gonococo, es, sin duda, considerable; pero observaciones cada vez más numerosas, demuestran que el gonococo, aun solo, puede producir las manifestaciones diversas de la infección general blenorrágica.

Localizaciones iniciales de la blenorragia, su influencia en la infección generalizada.—En el hombre, la blenorragia uretral es la que ocasiona mayor número de infecciones generales, pero el peligro de éstas aumenta indudablemente en razón directa de su extensión y del número de propagaciones á los diversos órganos del aparato genito-urinario, cistitis, epididimitis, prostatitis, etc.

En la mujer, la uretro-vulvo-vaginitis y, sobre todo, la metritis y las lo-

calizaciones en los anejos, son las que se complican de infección general.

En la infancia, son las mismas localizaciones, según el sexo, y además la oftalmía, causa frecuentísima de reumatismo blenorrágico en esta edad.

La exaltación de la virulencia del gonococo, debe considerarse como una de las causas principales de la infección general. Se exagera cuando la blenorragia se extiende á una porción de mucosa respetada hasta entonces; cuando invade un órgano nuevo del aparato urinario ó genital; en los procesos fisiológicos, menstruación, embarazo, aborto, parto; á consecuencia de los procesos patológicos ó de ciertos tratamientos impropios; después de una nueva invasión de gonococos. Es más acentuada en la apirexia y disminuye durante la fiebre; es más intensa en los períodos de la blenorragia en que el gonococo está libre en el pus que cuando se halla incluído.

Mientras el gonococo existe, es capaz de manifestar su vitalidad por un contagio, por una recrudescencia en el estado local de la blenorragia ó por una infección general. No puede contarse con la inmunización local, y menos con la general.

Etiología de las principales manifestaciones de la infección blenorrágica. — Reumatismo blenorrágico.—El conjunto de hechos que demuestran la presencia del gonococo en las sinoviales articulares ó tendinosas, es hoy considerable.

Los hechos negativos se explican por las dificultades para descubrir el gonococo implantado en la sinovial ó enmascarado por los microbios piógenos ó que ha desaparecido ya en el momento del examen.

Es posible también que ciertas artritis sean producidas no por el gonococo, sino por las toxinas; y, por último, que otras sean ocasionadas más que por la infección articular directa, por una acción trófica á distancia ejercida por lesiones del sistema nervioso.

En el hombre, el reumatismo blenorrágico se observa en todas las formas y en todos los períodos de la uretritis, aun en el latente llamado de incubación, y en blenorragias antiguas más atenuadas. Es más frecuente en la uretritis posterior.

Las complicaciones y las exacerbaciones de la uretritis, favorecen el desarrollo de la infección general; cansancio, coito, alcohol, etc.

Ciertos individuos tienen una predisposición especial al reumatismo blenorrágico que se manifiesta por recidivas reumáticas á cada blenorragia nueva.

Esta predisposición es al parecer independiente del reumatismo ordinario.

Las localizaciones habituales de la infección general blenorrágica, tienen grandes analogías con las del reumatismo ordinario. Recaen casi siempre en los tejidos de menos resistencia, sobre todo, en las sinoviales articulares y tendinosas. El traumatismo, las lesiones anteriores, suelen tener una influencia localizadora evidente.

La etiología es todavía muy obscura para el reumatismo blenorrágico crónico, y en particular, para la forma descrita con el nombre de poli-artritis deformante progresiva, pseudo-nudosa (Fournier, Do Amaral, etc.). La investigación del gonococo no ha producido hasta ahora resultado. La poliartritis es consecutiva de ordinario á varias recidivas de blenorragias. Es po-

sible que influya una acción ejercida á distancia por el sistema nervioso central.

En la mujer, la infección blenorrágica general, puede producir las diversas localizaciones de los órganos genitales y urinarios. Es más rara que en el hombre.

La causa más importante de la infección general es la metritis; la virulencia del gonococo está exaltada por las nuevas infecciones y á veces por la menstruación, el embarazo, el aborto ó el parto.

La infección puerpero-gonocócica puede estar localizada en los anejos del útero, pero á veces se generaliza y ocasiona el reumatismo blenorrágico.

La infección general es también mixta algunas veces; el gonococo está asociado de ordinario á los estafilococos y estreptococos, y en ocasiones su acción es anulada por la de estos.

Endocarditis.—Miocarditis.—Van acompañadas casi siempre de reumatismo blenorrágico y pueden ser producidas por el gonococo y por los microbios asociados, estafilococos, estreptococos, pneumococos. Pueden también ser causadas exclusivamente por estos últimos.

Las alteraciones antíguas favorecen la fijación de los gonococos en el endocardio.

La endocarditis se produce al parecer principalmente en los casos en que aumenta la virulencia del gonococo. Lo mismo ocurre con la miocarditis.

Se ha observado la presencia del gonococo en ciertos casos de periostitis, de pleuresía, de pericarditis, de flebitis, y en los accesos subcutáneos.

Además de las manifestaciones indicadas existen otras en las que la influencia etiológica del gonococo es menos directa, ó no ha podido hasta ahora ser demostrada.

I. *Nefropatías por infección general blenorrágicas.* — Las nefropatías, casi exclusivas, son frecuentes, sobre todo, en los casos de orquitis, pero pueden observarse también en la uretritis blenorrágica sin complicación alguna. La albuminuria, pasajera de ordinario, es quizá causada casi siempre por la eliminación de las toxinas. Algunos casos más graves con anasarca y albuminuria abundante y prolongada, dependen tal vez del gonococo.

II. *Manifestaciones cutáneas, eritemas, púrpura, cuernos cutáneos.* — Estas manifestaciones son atribuídas por unos á la acción directa de la toxina, por otros á la infección del sistema nervioso. Este reacciona á distancia y produce eritemas angio-neuróticos ó trastornos tróficos, como cuernos cutáneos (Jacquet, Jeanselme, etc.). En un caso de púrpura, hemos encontrado en la sangre el estafilococo blanco. Scholtz ha hallado el gonococo en un caso de eritema nudoso.

Pueden explicarse de la misma manera las localizaciones oculares metastásicas de la blenorragia. En un caso, único hasta ahora, de conjuntivitis blenorrágica metastásica, Morax encontró el gonococo.

III. *Localizaciones de la infección general sobre el sistema nervioso.* – Las meningo-mielitis producidas directamente por el gonococo, no han podido ser demostradas hasta ahora. En un caso (Barrié) se observó la presencia del estafilococo blanco. Pero la mayoría de los autores atribuyen los fenómenos de origen medular (amiotrofias, trastornos tróficos diversos observados á menudo) á la acción de las toxinas sobre la médula. Esta explicación de las

formas mielopáticas del bleno-reumatismo, se apoya en las investigaciones recientes de Moltchanow y de De Christmas. Las investigaciones de estos dos experimentadores, han demostrado de un modo fehaciente, la acción intensa de la gonotoxina sobre la médula, sobre el cerebro y sobre los nervios periféricos.

En resumen; el gonococo de Neisser, agente patógeno de la blenorragia de las mucosas, lo es también de la infección general. Esta depende de la penetración directa del microbio en la circulación y de la absorción de las toxinas del gonococo. Las investigaciones experimentales demuestran que la intoxicación desempeña un papel importantísimo en la génesis de las manifestaciones de la infección, pero en clínica la insuficiencia de las investigaciones sobre el hombre, obliga á ser reservados para definir la parte que corresponde á la infección gonocócica y á la intoxicación. Las observaciones son todavía insuficientes para asignar la influencia de las infecciones secundarias. La influencia preponderante y directa se atribuye cada vez más al gonococo.

Existe quizá en las localizaciones atribuídas hasta ahora á las toxinas.

F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 10 *de Octubre de* 1900.

De los cálculos uretrales. — El Dr. Potherat : Es dudoso que en la observación del Dr. Pluyette, comunicada en la sesión anterior, se tratara de un cálculo peri-uretral. En ella se dice, en efecto, que la cavidad que contenía el cálculo estaba tapizada de epitelio ; yo creo más bien que el cálculo estaría situado en una dilatación de la uretra. Hace algunos meses extraje un cálculo semejante en un antiguo blenorrágico de cuarenta y siete años, al que se había sometido anteriormente á numerosas sesiones de dilatación, por una estrechez antigua de la uretra ; hice la incisión externa sin conductor, y una vez extraído el cálculo, suturé el canal ; la herida quedó fistulosa durante algunos días y cicatrizó después. Las lesiones anteriores de la uretra probablemente han tomado parte en el desarrollo del cálculo en este enfermo.

El Dr. Guinard : Este es un caso diferente al del Dr. Pluyette, puesto que el enfermo de éste último era un niño de seis años, el cual no había tenido anteriormente ninguna inflamación de la uretra..

Fístula vésico-vaginal antigua tratada por el desdoblamiento. — El Dr. Ricard : He empleado el desdoblamiento en un caso complejo, cuyo resumen es el siguiente : Mi enferma operada ocho veces sin éxito en América, en Inglaterra y en Francia, se le había practicado últimamente la obliteración de la vagina por el Dr. Campenon ; dicha operación fué seguida de tales dolores de cistitis, con formacion de cálculos, que de acuerdo con el Dr. Campenon y con el Dr. Albarran que había intentado en vano cerrar la fístula por la vía suprapubiana, propuse destruir la oclusión de la vulva é intentar el desdoblamien-

to vaginal. Tres semanas después de la desobstrucción del orificio vulvar, detrás del cual encontré pequeños coágulos fosfáticos, procedí á la segunda operación que fué bastante difícil de ejecutar por el tejido cicatricial de las paredes vaginales; después de haber decorticado por delante el cuello uterino y movilizado el resto del órgano, he podido bajarlo hasta una cierta distancia de la vulva y me ha sido posible cerrar el orificio vesical. El resultado ha sido excelente, puesto que no he tenido que intervenir más que algún tiempo después para hacer desaparecer una fistulita pequeña, quedando absolutamente curada.

El Dr. Routier: En 1899 hice la misma operación en una enferma, cuya fístula databa de dieciocho años; la vagina estaba reemplazada por un canal estrecho y bridas cicatriciales; se consiguió la obstrucción de la fístula una vez se hubo liberado y descendido el útero.

El Dr. Bazy: La oclusión de la vagina en estos casos, es una mala operación que nunca haré, después de haber visto las desastrosas consecuencias en dos enfermas operadas por dos de mis maestros.

El Dr. Schwartz: He observado y tratado una de estas fístulas, interesantes desde muchos puntos de vista. Operada seis veces sin éxito, estaba situada en el fondo de un canal cuyo diámetro no admitía más que el mango de una pluma. Después de haberlo dilatado durante veinte ó veinticinco días con la laminaria, he podido ver que la fístula estaba situada en la unión de las paredes lateral y superior de la vagina; se hizo un amplio desprendimiento alrededor del orificio y la sutura fué seguida de curación.

El Dr. Walther: He observado un caso de recidiva que merece ser referido. En 1891 la enferma fué operada por primera vez y curó; cinco años más tarde parió y se desarrolló otra fístula en el mismo sitio. Después de una tentativa de cura por la talla hipogástrica, he acudido al desdoblamiento y he obtenido la curación en una sesión.

El Dr. Richelot: Es digno de ser señalado que este procedimiento representa un gran progreso en el tratamiento de estas fístulas, si bien el método americano ya nos había dado muy buenos éxitos.

El Dr. Segond: Por mi parte citaré un caso de fístula utero-vesico-vaginal que se había intentado inútilmente curar. He practicado una nueva intervención vaginal sin éxito. Entonces he recurrido á la talla supra-pubiana y he visto que la causa de los fracasos anteriores se encontraba en que el orificio ureteral izquierdo se reunía con uno de los labios de la fístula; después de desprender la pared de la vejiga, he hecho mi sutura, teniendo cuidado de colocar los nudos de mis hilos por fuera de la vejiga. El resultado ha sido bueno y la curación definitiva, obtenida después de algunas maniobras de desdoblamiento vaginal.

El Dr. Ricard: El procedimiento Braquehaye, es una modificación del método americano que no le creo aplicable en todos los casos de fístulas antiguas con cicatrices que se opongan á la movilización. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 9 de Octubre de 1900 (1).

Ruido estridulosa de los recién nacidos. — Los Dres. Variot y Le Marc-Hadour : Uno de nosotros, el Dr. Variot, se ocupó en 1898 en la Sociedad Médica de los Hospitales, de lo que ha llamado respiración estridulosa de los recién nacidos. Vamos á referir una nueva observación de este género.

Se trata de un niño que desde su nacimiento tiene cuando respira, un ruido estridulosa particular. Este ruido se repite á cada movimiento respiratorio, pero su intensidad varía ; se exagera cuando el niño llora, se debilita ó acciona. El enfermito no presenta ningún otro fenómeno morboso, ni síntoma alguno de dificultad respiratoria. Mama de un modo normal sin necesitar dejar el pecho para respirar.

No se trata de hipertrofia del timo, porque en esta afección hay crisis disnéicas y ansiedad respiratoria, síntomas que mejoran colocando al enfermo sobre el vientre, lo que no acontece en nuestro caso.

En 1898 el Dr. Variot, pudo hacer la autopsia de un niño que padecía esta afección y que murió de bronco-pneumonía. Observó que el ruido era debido á una deformación del orificio superior de la laringe, limitado por la epiglotis, la región aritenóidea y los repliegues ariteno-epiglóticos. En vez de tener la forma de corazón invertido, ó de triángulo curvilíneo de vértice superior, el orificio estaba reducido á una hendidura media, cuyos labios se ponían en contacto uno con otro. Resultaba de esto, la formación anormal de una especie de glotis vestibular, cuyos labios vibraban al paso del aire. Esta disposición existe también en nuestro enfermo actual. El diagnóstico debe corroborarse por el examen laringoscópico, cuando es posible hacerle.

El Dr. Comby : He observado un caso de este género. El niño, que tiene hoy cuatro años, es robusto y está completamente curado. Conviene insistir sobre la benignidad de estos casos que alarman á las familias y á los médicos que no conocen esta afección. Estos enfermos curan todos.

El Dr. Guinon : He observado dos casos análogos. En uno el mecanismo era indudablemente el descrito por el Dr. Variot. En el otro había adenopatía submaxilar que me hizo sospechar la compresión de la tráquea por un ganglio tráqueo-bronquial.

El Dr. Variot : El ruido producido no es idéntico en los dos casos y conviene distinguir el debido á la compresión braquial del ocasionado por una deformación del vestíbulo.

Meningismo durante una corea de Sydenham. Influencia de la sugestión. — El Dr. Apert : Un niño de siete años estaba desde hacía quince días triste, abatido y apático ; era uno de los más aplicados del colegio y principió á tener malas notas. Un día el profesor dijo á la madre: «Lo que tiene su hijo no es natural ; desconfiad, así principian las meningitis». La madre asustada y me mandó llamar ; observé que el niño no presentaba síntoma alguno de meningitis. Ciertos movimientos de las extremidades superiores y de la cara,

(1) Primera del curso académico actual.

me hicieron diagnosticar la afección de la corea. Me costó gran trabajo tranquilizar á la madre que suponía que su hijo padecía una meningitis y que estaba perdido; le abrazó sollozando diciendo que iba á morir y á pesar de mis consejos manifestó ante el niño un gran pesar.

Pocos días después vino de nuevo á buscarme alarmada; encontré al niño muy abatido, semi-comatoso, apenas pronunciaba algunas palabras para quejarse de dolor fuerte en la cabeza, estaba flaco, pálido, ojeroso, con los labios secos. El aspecto era el de un niño atacado de meningitis, pero el pulso era regular, las pupilas iguales, y los movimientos coréicos se habían hecho característicos. No conseguí tranquilizar á la madre; si vuestro hijo, la dije, padeciera meningitis, vomitaría y tendría estreñimiento, lo que no sucede. Siguió no obstante creyendo que la engañaba y lamentándose ante el niño.

Al día siguiente el enfermo se hallaba en un estado de abatimiento rayano con el coma. Había vomitado varias veces durante la noche y llevaba treinta y seis horas sin defecar. Supe que la madre pasaba las noches abrazada al niño y llorando; le impedía dormir; le aplicaba á cada momento sobre la frente compresas de agua fría, para calmar el mal de cabeza «que debía tener»; después de mi visita de la víspera, había preparado una palangana para los vómitos «que debía tener». Sospeché entonces que la sugestión influía bastante en el estado del niño. Para influir en sentido contrario por el mismo procedimiento, manifesté ante el niño que la enfermedad estaba á punto de terminar, que iba á administrarle una poción para que no vomitara é hiciera deposiciones numerosas, con lo que curaría. Le hice tomar 30 gramos de citrato de magnesia. Ningún vómito, desposiciones numerosas; el estado general mejoró desde el día siguiente; la corea siguió su marcha regular y está hoy curado completamente. La madre sigue creyendo que su hijo ha tenido una meningitis y que la he curado por completo.

En este caso el estado semi-comatoso del niño, la cefalalgia, los vómitos, el estreñimiento hubieran podido hacer diagnosticar la enfermedad de meningitis tuberculosa, no obstante la coincidencia de la corea, pero la noción de la sugestión involuntaria hecha por la madre impidió el error.

Dos casos de fiebre tifoidea en niños de once y catorce meses.—Los Dres. Nobécourt y Bertherand: La fiebre tifoidea es una afección rara en niños de menos de dos años. La poca frecuencia de la enfermedad se debe quizá á las dificultades que ofrece el diagnóstico en esta edad; la práctica del sero-diagnóstico, permite conocer casos que de lo contrario pasarían inadvertidos. Hemos podido así afirmar la existencia de la dotinentería en dos niños de once y de catorce meses que presentaban síntomas de infección tuberculosa más que de infección tífica. Pero el suero del primer enfermo aglutinaba el bacilo de Eberth á $^1/_{150}$ y el del segundo en la proporción de $^1/_{150}$ y después de $^1/_{200}$. En ambos casos la sero-reacción, fué positiva en el primer examen practicado cuatro días después de ingresar los enfermos en el Hospital. El primero de estos niños murió.

Pleuresía serosa de derrame abundante en un niño de veintiséis meses. — El Dr. Apert: He observado un caso de este género. El corazón estaba rechazado á la derecha; se hizo una punción evacuadora de urgencia y se extrajeron 250 gramos de líquido; quedó en el pecho proximamente la mitad.

Por la comparación de las dimensiones del tórax puede decirse que el derrame pleurítico de este niño correspondía á un derrame de 3 litros en el adulto.

Tratamiento de la colitis disenteriforme infantil.—El Dr. Guinon: Todos conocemos la competencia especial del Dr. Glénard en lo referente al colon. El Dr. Glénard me dijo un día que había obtenido buenos resultados con el sulfato de sosa en las colitis viscosas y membranosas del adulto. Se me ocurrió emplear este medicamento en las colitis infantiles. Lo he usado principalmente en las formas viscosas, subagudas y crónicas, y los resultados han sido siempre satisfactorios.—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Indicaciones y técnica del aborto artificial. — El Dr. Ochlschläger considera como indicaciones para provocar el aborto: 1.ª, los vicios cardíacos con tendencia á hidropesía; 2.ª, tuberculosis pulmonar adelantada; 3.ª, nefritis; 4.ª, carcinoma y retroflexión irreponible del útero; 5.ª, tal estrechez de la pelvis, que constituye indicación absoluta para la operación cesárea y la mujer no quiere someterse á ésta; 6.ª, vómito incoercible. La técnica sencilla, segura é inofensiva, consiste en introducir una sonda metálica hasta el *fondo* del útero é inyectar con una jeringa que se adapte exactamente al calibre de la sonda (unos 2 mm), de 3 á 4 gramos de tintura de iodo (1 iodo, 10 alcohol de 90 por 100), taponando luego el orificio uterino con algodón ordinario de vendaje, para evitar que la tintura salga del útero y cauterice la mucosa vaginal. A los tres días sobreviene el aborto en forma de menstruación ordinaria. Si no se presenta la hemorragia, es indicio de que la sonda no se había introducido hasta el fondo del útero, y hay que repetir la inyección. Las ventajas de este procedimiento son que la tintura de iodo, infiltrando rápidamente los tejidos, destruye la vida fetal; siendo altamente antiséptica, no hay que temer la infección, y por su carácter irritante provoca las contracciones uterinas. Las propiedades antisépticas de la tintura de iodo podrían aprovecharse también en la sepsis puerperal.

(*Centralblatt für Gynäkologie*). — G. Sentiñón.

Tratamiento de la tuberculosis por la carne cruda.—En la Sociedad de Biología de París, ha leído el Dr. Salmón una nota sobre este asunto. Ha administrado á los perros la carne cruda en tres períodos de la enfermedad: antes de la inoculación, durante la tuberculosis y al fin de ella. Los animales tratados preventivamente é inoculados después por inyección intra-venosa tardaron poco en enflaquecer y uno de ellos murió en seguida. Los perros alimentados exclusivamente con carne cruda desde el día vigésimo de la inoculación, vivieron bastante tiempo. La carne cruda administrada en el período de caquexia fué inútil. No es de suponer que la carne cruda posea propiedades anti-tóxicas, como creen los Dres. Richet y Héricourt. Favorece únicamente la reserva grasosa y aumenta así la resistencia del organismo contra el bacilo tuberculoso.—(*Le Progrès médical*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

DIPSOREXIA Y ANTIETILINA

ENSAYO SOBRE EL PRIMER PERÍODO DE LA INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA (DIPSOREXIA) POR EL SUERO ANTIALCOHÓLICO (ANTIETILINA)

POR EL

DOCTOR V. THÉBAULT

Doctor en Ciencias y ex-Preparador en la Facultad de Medicina de París.

Algunos artistas del siglo pasado han estigmatizado el alcoholismo, sin caer en la cuenta de que trazaban signos clínicos de gran importancia confundiendo la causa con el efecto, y recíprocamente (1).

Después de Magnus Huss, que fué el primero que publicó en Brémen un estudio magistral sobre esta cuestión, numerosos autores han contribuído á la misma labor, bastando para darse cuenta de ello dirigir una rápida ojeada al trabajo de Jacquet, de Basilea (2), ó al de Vetault (3).

El espacio de que dispongo, no me permite hacer una reseña histórica de la cuestión; pero parece que hay un punto cuyo valor no ha sido suficientemente apreciado por los autores: me refiero al comienzo de la enfermedad. En efecto, así como unos han estudiado el período de desorganización y otros el de alcoholismo crónico, tan bien descrito por Huss, otros, por fin, permaneciendo en el terreno médico-legal, trataron simplemente de saber si el autor de un delito

(1) Dr. Eifer. Alcoolisme dans l'art. *Correspondant médical*, 15 de agosto de 1900, pág. 7. — Dr. Félix Regnault. L'esprit gaulois. Idem 15 de mayo de 1900, pág 7. — Magnus Huss. Der chronisch. Alkoholismus. Brême, 1852.

(2) Jacquet (de Bâle). L'alcoolisme. Coll. Critzmann.

(3) V. Vetault. Etude médico-legale sur l'alcoolisme, 1887

cometido bajo la influencia del alcohol es ó no culpable, y por lo tanto, punible. Resulta de esto, que habiendo sido resuelta la cuestión por magistrados y no por médicos, queda pendiente el debate, y se continúa considerando al alcoholismo como un vicio que cae en el terreno judicial, y no como una enfermedad que debe ser tratada por medio de una terapéutica oportuna.

Considerando como lo hacen otros muchos que el alcoholismo es una intoxicación análoga á la que producen el arsénico, la digital, ó los productos de secreción de ciertos microbios, ha creído nuestro colaborador y amigo Charles Broca, que la cuestión merecía ser estudiada desde este punto de vista especial. Sabiendo como farmacéutico el prejuicio que en Francia reina respecto á su profesión, rogó por la misma época á mi colega Sapelier, y después á mí, que le ayudáramos en sus investigaciones. Mi colega aceptó, y entonces Broca y él emprendieron en el acto experimentos en los animales, que fueron seguidos de éxito.

El 7 de agosto de 1899, mi colega inyectaba en mi presencia al primer sujeto, cuya historia hemos referido.

El 10 de agosto tuve yo mismo la oportunidad de tratar solo al segundo enfermo. Era un caso de delirio alcohólico agudo, cuya historia completa relataré más tarde (Obs. A). Algún tiempo después, presté mis servicios á un forastero, á un mozo de lavandero, á su mujer, y á un herrador, que vinieron espontáneamente á prestarse á la experimentación.

Las primeras indicaciones ya estaban dadas.

Con motivo de la comunicación y el informe que tuvimos el honor de dirigir á la Academia de Medicina de París el 26 de diciembre de 1899, la prensa política se ocupó del asunto, y desde entonces los sujetos que se prestaban á la experimentación, abundaron en tales términos, que muy pronto nos fué fácil trazar el esbozo del estudio clínico que habíamos emprendido.

La segunda comunicación y el segundo informe que dirigimos á la Academia de París el 22 de mayo de 1900, expone el resultado de dicho estudio.

Para satisfacer los deseos manifestados por gran número de colegas, he publicado recientemente en la *Tribune Medicale* (18 y 25 de julio, y 1.° de agosto de 1900), una breve idea de lo que es la cuestión.

Sería un error considerar este estudio como definitivo; no debe verse en él más que un trabajo de conjunto de carácter personal, y

que constituye el punto del cual debe salir un estudio más profundo, en que ruego tomen todos parte.

He tenido la satisfacción de haber leído, poco después de la publicación de mi Memoria, un artículo del Dr. Baer, de Berlín, en el que dice que, hasta más amplia averiguación, la crítica del método sólo debe hacerse con grandes reservas (1). Si añado á esto que la *Klinisch-therapeutische Wochenscrift*, de Viena, ha tenido la atención de dar cabida á un artículo sobre el procedimiento operatorio y las consecuencias que de él se desprenden, habré dado cuenta de todas las publicaciones que yo conozco acerca de esta cuestión.

Séame permitido expresar en este sitio á la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS mi gratitud por la tan amable acogida que me ha hecho, aceptando este complemento á las notas que ya se han publicado en otras partes.

§ 1.º

Se ha discutido mucho entre las personas de nuestro trato más frecuente, sobre la exactitud del vocablo *alcoholomanía*. Algunos, y no de los menos importantes, pretenden que en el caso presente no hay *manía* (2). Ya he dicho en otra parte (*Trib. Méd*) por qué no aceptaba la expresión de *alcoholismo insidioso* ni la de *alcoholismo latente*, aunque la hayamos empleado en el informe que fué dirigido á la Academia de Medicina el 26 de diciembre de 1899. ¿Qué vocablo conviene, por lo tanto emplear, ya que el de *alcoholomanía* no ha satisfecho á las gentes? Uno de nuestros más distinguidos alienistas franceses, en una conversación que tuvo con Broca y conmigo, nos decía que el vocablo exacto sería aquel que tradujera el estado del enfermo que tiene un *apetito inmoderado por la bebida*. En ese caso, se debería designar á este período de alcoholismo con el nombre de DIPSOREXIA, de Διψάω, *yo bebo* y Ορεξις, *apetito, deseo, necesidad*. Como no puedo ser juez y parte en este asunto, dejo á otros la tarea de elegir el nombre más conveniente, renunciando á reproducir aquí el artículo que he publicado en Francia.

La *alcoholomanía* ó *dipsorexia*, según se quiera llamarla, presenta cuatro períodos, á saber:

(1) Baer. Ueber das Thebault'schen Mittel gegen Trunksucht. *Dtsch. méd. Wchnschr*, 1900, 9 de agosto, núm. 32, pág. 523.

(2) Este artículo estaba escrito hacía mucho tiempo, cuando el doctor V. Laborde ha publicado la refutación de la palabra *alcoholomanía*. (*Cf. Tribune medicale*, 1900, 26 septiembre, núm. 39, pág. 776).

1.° *Inclinación*, en el cual el enfermo, aunque de una manera inconstante, sufre poco á consecuencia de sus excesos.

2.° *Hábito*, en el cual el enfermo, poco molestado por sus excesos, los reprime siempre que quiere. Está *mitridatizado* y bebe por costumbre.

3.° *Deseo*, en el cual la voluntad empieza á retroceder.

4.° *Necesidad*, en la cual la voluntad ha desaparecido por completo.

Si el individuo todavía no tiene lesiones anatómicas, es *dipsorético;* si las tiene, es *alcohólico* en el sentido de la palabra, y constituye entonces el tipo que encontramos diariamente en los hospitales.

No hay que ser demasiado intransigente en lo que concierne á las lesiones anatómicas. Es cuestión de tacto para saber si á pesar de un grado ligero de ascitis ó de congestión hepática, no se puede intentar nada, porque es evidente que una lesión que empieza puede retroceder en algunos casos. Lo que se debe evitar es de desacreditar el método, por emplearlo en sujetos tan enfermos que nunca sanarán por mucho que haga el médico para curarlos. Como es indispensable la presencia del médico en este caso, á él es á quien compete resolver este asunto.

La cantidad de alcohol ingerida importa poco. Tal sujeto que bebe muy poco, será alcohólico, mientras que tal otro, que ingiere mucho alcohol, será sólo dipsorético. En mis apuntes encuentro anotados alcohólicos que beben una á dos copas de ajenjo por día, y al lado de estos otros que beben de 15 á 20 copas y que son solamente dipsoréticos. He referido el hecho de un hombre que ya no sabía la cantidad de alcohol que ingería diariamente; cesaba de beber únicamente cuando estaba borracho perdido; después de esto dormía para comenzar de nuevo en cuanto se despertaba. Sólo recuerdo este hecho para demostrar hasta dónde puede llegar el hombre y cuál es el límite máximo del caso que estudiamos (Observación B). Inútil, es decir, que estos casos son de un pronóstico dudoso y que de ellos debemos considerarnos muy dichosos si obtenemos tan sólo una mejoría, porque á poco más la dipsorexia está acabada y hay grandes probabilidades de fracasar cuando el médico tiene que habérselas con el alcoholismo crónico de Huss ó con un período más adelantado.

Los síntomas principales son los siguientes: facies típica, mirada *torva*, actitud general y de las manos de carácter típico, trastornos digestivos y nerviosos en muchos casos, y ensueños de carácter prin-

cipalmente profesional, aunque este síntoma no es de un valor absoluto.

El corazón y el riñón están interesados en algunos casos; pero el hígado y el peritoneo siempre están indemnes. En cuanto estos órganos se hallan afectados, ya no se trata de un dipsorético sino de un alcohólico crónico.

§ 2.º

El empleo de la antietilina, lo mismo que el de otros muchos remedios, presenta ciertas contraindicaciones que vamos á enumerar brevemente, puesto que el asunto no requiere otra cosa.

I. Lesiones que dependen del brightismo ó de la diabetes.

II. Trastornos dependientes de un estado mental: locura, histerismo, etc. En este caso se añade el alcoholismo de Huss.

III. Enfermedades intercurrentes, como la grippe, el sarampión, etcétera, que constituyen contraindicaciones temporales. Es posible que en este caso el suero no produzca ningún efecto nocivo; pero en la duda siempre nos hemos abstenido de usarlo en tales circunstancias.

En resumen, creemos que no hay peligro en emplear el suero siempre que no exista ninguna lesión orgánica.

La técnica operatoria es de lo más sencillo. Con todas las precauciones antisépticas ó asépticas habituales se inyecta una dosis media de 5 cm³ de suero, algunas veces más, y después se vuelve á ver al enfermo cada tres ó cuatro días para repetir la inyección si es necesario. Se le aconsejará que no cambie nada en sus hábitos de intemperancia, y se le ruega que anote todas las sensaciones que experimente á medida que se vayan presentando.

La acción del suero se revela de varias maneras:

I. El sujeto siente una gran repugnancia á los alcohólicos, bastando á veces con su vista ó con su olor para que experimente un estremecimiento ó se produzca un vómito.

II. El alcohol sabe á moho, á podrido, á pintura, á agua de jabón, á tierra, etc., y el enfermo repugna beberlo.

III. El enfermo es indiferente al alcohol: si lo bebe tiene que vomitarlo, porque de lo contrario, se emborracha con ínfima cantidad.

IV. En otros casos, se observan trastornos generales mal definidos que hacen caer al sujeto en un estado tal de enfermedad, que se ve obligado á guardar cama. Tanto en uno como en otro caso, como

el individuo no goza nada con su licor favorito renuncia á él, y esto con tanta más facilidad, cuanto que recobra la voluntad perdida, y por lo tanto, se encuentra con un apoyo inesperado que le permite corregirse.

Durante este tiempo, el enfermo engorda, gana fuerzas y trabaja con más gusto y menos cansancio. El temblor no solo se atenúa, sino que hasta puede desaparecer por completo. Lo mismo sucede con los ensueños y con los insomnios, pudiendo el enfermo, gracias á esta circunstancia, disfrutar de un descanso de que no gozaba hacía mucho tiempo.

A medida que la mejoría se establece, el enfermo presenta una serie de fenómenos que varían según los casos, y que recuerdan la grippe.

En otros casos los fenómenos son más localizados. Hay una diarrea negra y fétida; se presentan fluxiones violentas en las articulaciones; el enfermo siente una cefalea diurna ó aparece una erupción morbiliforme que recuerda la urticaria por el prurito que produce. A menudo el sujeto se ve obligado á permanecer en cama durante cuarenta y ocho horas.

El punto en que se ha hecho la inyección, es asiento de una linfangitis que puede degenerar en abcesos cuando no se han tomado como es debido las precauciones antisépticas. El tratamiento de estos accidentes no presenta nada de particular; basta con las compresas húmedas y el bisturí.

Debo también hacer presente, que á consecuencia de la inyección del suero, sobreviene abolición de la potencia genésica, pero sin abolición de los deseos venéreos. El tiempo es el gran reparador de este incidente.

No soy partidario, ni de la hospitalización, ni del internado, por razones cuya enumeración sería demasiado extensa, y que han sido causa de un artículo publicado en noviembre de 1900, en la *Therapeutisch-klinische Wochenschrift*, de Viena.

§ 3.°

Si se considera el alcoholismo como una intoxicación análoga á la que producen en el organismo las toxinas, es natural pensar que acaso exista en la sangre del animal alcoholizado una substancia cualquiera, capaz en un momento dado y bien definido, de neutralizar la acción del alcohol. Esta hipótesis ha sido confirmada por los

trabajos de Toulouse, de Maramaldi, d'Evelyn, etc. (1); por otra parte, Bouchard y Debove (2), comparan la intoxicación por el alcohol á la de las enfermedades infecciosas. Por último, Ehrlich explica, no sólo la formación de las antitoxinas, sino también el mecanismo del hábito y de la intolerancia, confirmando así de una manera indirecta el concepto que yo vengo teniendo desde 1898 (3), de que las diferencias funcionales de las células nerviosas, provienen de una diferencia en la constitución química del protoplasma (4).

Yo he creído encontrar en esta hipótesis de las *cadenas laterales*, la explicación que deseaba para mi teoría. Procuraré resumir ahora esta opinión de Ehrlich: «..... las antitoxinas, éstas substancias específicas y en apariencia tan heterogéneas, con relación al organismo, no son en suma otra cosa, que productos normales de la actividad celular.....» «Para esto basta con que ciertas células, susceptibles de dejarse impresionar por una toxina, contengan elementos particulares dotados de una independencia más ó menos considerable, y que presentan una gran afinidad química, respecto al veneno de que se trata.....» (5).

Comparando entonces los productos que se forman con los que se obtienen modificando los derivados del exágono de Kekulé, por ejemplo, llama Ehrlich *cadenas laterales* á los productos que deja en libertad secundariamente el protoplasma celular al experimentar la acción de la toxina. Resulta, de lo que escribía pocas líneas antes, que los productos constitutivos de las cadenas laterales, no son otra cosa que las antitoxinas de nuestros autores clásicos, según reconoce el mismo Ehrlich. «Las cadenas laterales, puestas así en libertad en la masa sanguínea, constituyen precisamente lo que se llama antitoxina». Formulada esta opinión primeramente como simple hipótesis, ha sido confirmada por Wassermann. Ehrlich concluye diciendo: «No debe, por lo tanto, sorprendernos (y el hecho ha sido bien comprobado en estos últimos años), que con substancias originariamente no tóxicas, y hasta con substancias alimenticias propiamente

(1) Toulouse. *Société de Biologie*, 26 de marzo, de 1896. — Maramaldi. *Giornal intrenazional delle Scienze medicale*, 15 de septiembre, de 1898. — D'Evelyn. *Hygiène usuelle*, enero 1898.

(2) P. Legendre. *Traité de Médecine*, 2.ª edición, tomo I, pág. 337.

(3) V. Thébault. *Annales Scien. nat. Zool.* 8.ª serie, tomo VI, pág. 171, 1898.

(4) Este trabajo estaba ya elaborado cuando he conocido los trabajos de Levaditi, el cual confirma esta opinión en el informe hecho al Congreso Internacional de Medicina de París en 2 y 3 de agosto. *(Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1900, núm. 77, págs. 196 y 197).

(5) Ehrlich. *Semaine médicale*, 6 de diciembre, de 1899.

dichas, se puedan provocar procesos reaccionales absolutamente análogos al de la inmunización respecto á los venenos». Si aceptamos esta teoría de Ehrlich, comprenderemos cómo se forma en la sangre de un animal intoxicado por el alcohol, una substancia capaz de neutralizar en un momento dado la acción del veneno en otro individuo. De este modo todo se reduce á una simple comprobación anatomo-fisiológica. El protoplasma de la célula intoxicada por el contacto del alcohol, ya no tiene la misma composición que el protoplasma de la célula normal.

¿Es esto decir que el alcohol es *eliminado en totalidad*?

Una errata de imprenta me ha hecho decir en la *Tribune Médicale* (25 de julio de 1900, pág. 589), que Nicloux había demostrado que el alcohol atraviesa el organismo *y se elimina en totalidad*. Ahora bien, lo que yo quise decir es que el organismo se despeja del alcohol, el cual sale bajo una forma cualquiera con los *excreta*, porción ya bajo la forma de alcohol, como lo ha demostrado Nicloux, porción ya bajo otra diferente; es decir, que la palabra *eliminado*, no significa, en manera alguna, *que el alcohol se elimina enteramente bajo la forma de alcohol.*

Además de esto, el análisis del suero ha sido hecho por el *procedimiento del Dr. Nicloux*, pero no por este mismo.

Sea cualquiera la forma en que se elimine el alcohol, al pasar éste por el organismo modifica la constitución del protoplasma celular de los órganos. El suero obra á título de regenerador, neutralizando la acción del alcohol, ó más bien del *tóxico-alcohol*, si se nos permite este neologismo. Durante este tiempo, el protoplasma celular elimina con sus propias mermas la substancia intoxicada al mismo tiempo que el tóxico-alcohol, y vuelve á convertirse en el protoplasma virgen de toda impureza, tal como lo estaba antes de su intoxicación, ó lo que es lo mismo, capaz de funcionar de nuevo de modo normal. Según esto, se trata de una acción fisiológica y no psicológica, como se ha pretendido hacernos decir: la psicología no tiene nada que ver en este asunto.

Si se admite con Ruyssen, Destrée y otros que el mal que hay que combatir es una transformación del *hábito, primera naturaleza*, en un *nuevo hábito, segunda naturaleza*, se puede plantear la cuestión en los siguientes términos (1):

(1) Ch. Ruyssen, Enseignement médical de l'antialcoolisme. — Destree, Congrès contre l'abus des boissons alcooliques, Bruxelles 30 de agosto y 3 de septiembre de 1897.

¿Suprime el suero, la necesidad irresistible, suprime el hábito, vigoriza el sistema nervioso que desfallece? ¿Restablece acaso el hábito ó primera naturaleza completamente fisiológica en el puesto que ocupaba el hábito, segunda naturaleza, enteramente patológica?

Basta recorrer nuestras observaciones para encontrar en ellas:

1.° La disminución y además la supresión de la tolerancia, la obtención más rápida de la embriaguez, la aparición de molestias más ó menos graves después de haber bebido.

2.° La gama retrógrada de la educación, perversión del gusto, disminución y supresión de la impresión gustativa agradable, impresiones gustativas y olfatorias desagradables.

3.° La serie de los actos reflejos, desde el vómito hasta la expulsión inmediata.

Como es natural, estos tres órdenes de fenómenos instintivos, se combinan de diferentes maneras, según los sujetos.

Nuestras observaciones demuestran tan sólo, que bajo la acción del suero, el sujeto recobra sus funciones perdidas y pierde su hábito, segunda naturaleza, que es sustituído por el hábito normal, primera naturaleza.

Si los bebedores de vino ó *vinoréticos* necesitan dosis de suero más ó menos considerables, y por lo mismo los resultados son menos felices, proviene esto de que los trastornos debidos al abuso del vino afectan más bien al aparato digestivo, y que el sistema nervioso tarda menos en ser interesado; en los *alcoholoréticos* sucede lo contrario.

§ 4.°

RESULTADOS ADQUIRIDOS

Este estudio de la dipsorexia ha sido sacado de la observación de 57 bebedores (1) (prescindiendo de los casos mal observados ó incompletos), la cual nos ha dado los resultados siguientes:

Fracasos	17
Mejorías	8
Exitos	32

(1) Estas cifras son las que hemos dado á la Academia de Medicina de París, el 22 de mayo de 1900. Desde esta época han variado un poco, elevándose algo el tanto por ciento de los éxitos, y disminuyendo el de los fracasos (Cf. *Tribune médicale*, loc. cit.).

Lo que da un tanto por ciento de

Fracasos	25
Mejorías	15
Exitos	60

En resumen:

1.° El *líquido-alcohol* contiene un veneno, el *tóxico-alcohol*, que obra en el organismo, destruyéndolo.

2.° La enfermedad que de esto resulta, ó alcoholismo, se divide en *dipsorexia* ó *alcoholomanía*, y en *alcoholismo crónico*.

3.° El *suero anti-alcohólico* ó *antietilina*, da resultados curativos suficientes en el primer período, el de la *dipsorexia*, pero únicamente en ésta.

4.° La acción de la antietilina es únicamente fisiológica: restablece el hábito, ó primera naturaleza fisiológica, en el puesto del hábito, segunda naturaleza, resultado de la educación y perversión del gusto respecto al alcohol.

5.° El *suero anti-alcohólico* puede ser aplicado siempre que no exista ninguna tacha orgánica en el sujeto cuya libertad de conducta debe considerarse como requisito indispensable.

CONCLUSIONES

El *suero anti-alcohólico* (*antietilina*) puede figurar dignamente y emplearse al mismo tiempo que los demás medios que se usan para combatir el primer período del alcoholismo, ó sea el de la *dipsorexia*.

París 12 de septiembre de 1900.

OBSERVACIÓN *A* (1)

Dipsorexia avanzada y delirio alcohólico agudo.

V...., de cuarenta años, cargador en el Mercado central de París, ha hecho la mayor parte de su servicio militar en las Colonias, donde ingirió mucho alcohol. Al mismo tiempo que trabaja, bebe todos los días 7 ú 8 copas de ajenjo y otras tantas de rom ó de coñac. No mide el vino que bebe entre comidas, pero en cada una de éstas ingiere un litro. La cara está abotagada é hinchada, con un edema fofo y blando; los ojos apagados, están fijos y tienen una expresión extraña é indefinible; los labios revelan al glotón, y cuando se le

(1) Observación primera de mis notas personales. II del informe del 27 de diciembre de 1899. XLVII del informe del 22 de mayo de 1900.

presenta un vaso cualquiera, creeríase que está muerto de sed al ver el afán con que se precipita á cogerlo. El cuerpo está animado todo él de un temblor que hace pensar, cuando se ve al enfermo en su cama, que tiene una parálisis agitante, y cuando se le ve de pié, que padece de una ataxia-abasia. Cuando el enfermo emprende la marcha, lo hace con violencia, y después, aprovechando este impulso, va inclinado hacia adelante, y es cargado de espalda á causa de la costumbre que tiene de llevar grandes pesos. Cuando se detiene, vacila un instante, se agarra de pronto á un mueble, y luego se queda quieto; para coger un vaso sin que no se le caiga, lo agarra con fuerza y bebe su contenido de pronto. El corazón está normal; el hígado sobresale un poco; en la orina no se encuentran azúcar, albúmina ni depósito de ninguna clase; la permeabilidad renal es completa.

8 *de agosto de* 1899. Congestión pulmonar muy ligera, que cede en dos días á la medicación revulsiva y al alcohol (ventosas, poción de Todd).

10 *de agosto.* Se suprime toda poción alcohólica, y como ya se había hecho lo mismo con el alcohol de la alimentación, el enfermo no toma nada en este día. Por la noche delira: ve ratas, culebras, mónstruos y hombres cortados en pedazos. Ya no reconoce á su mujer ni á sus hijos. Los vecinos se ven obligados á sujetarle para que se calme. Esta situación persiste hasta el medio día, en que su mujer me viene á buscar. Como yo no podía ir en aquel momento, receto que le den coñac, con lo cual se calma un poco.

A las cuatro de la tarde está abatido, pero en inminencia de crisis. Este hombre, de naturaleza apacible, está furioso con «estos mónstruos» que le persiguen y que le quieren mal. Se le calma difícilmente, y tiene una sed intensa y una ligera elevación de temperatura; en efecto, el termómetro marca 37°,8.

Las orinas son escasas desde la víspera; se inyectan 5 cm³ de suero y receto que se ponga á disposición del enfermo todo el alcohol, sea ajenjo ó cualquier otro espirituoso el que pida.

A la noche, el enfermo, aunque agitado, no pide alcohol. Se duerme con pesadillas y *delirio profesional.* Riñe con su mujer porque ésta malbarata la mercancía que le habían confiado á él sus jefes, y hasta llega á darla golpes. No pide de beber.

Así como cuando está borracho se acuesta y tiene un sueño muy pesado, esta noche sucede lo contrario; el menor ruido le despierta, delira en plena vigilia y continúa el delirio como durante el sueño.

Por el día el delirio se calma, duerme mal hasta el medio día, se desayuna bien y bebe una copa de ajenjo que le ofrece su mujer, pero sin mostrar gusto en ello. Después de su comida de al medio día, bebe coñac y rom que le parecen bien, pero no vuelve á pedirlos.

A las cuatro de la tarde se observa que el temblor ha disminuído y que el enfermo puede coger el vaso sin volcarlo. Se sonríe cuando se le ofrece rom ó coñac, pero manifiesta poca avidez por estos líquidos.

Puedo hacerle marchar vácilante todavía, pero sin que presente los mismos caracteres que la víspera. El rom y el coñac le parecen bien, aunque siente hacia ellos una especie de inapetencia. Receto que se le dé todo el alcohol que pueda desear.

Por la noche duerme bien. A la mañana siguiente está completamente avergonzado de los excesos de la víspera y pide perdón á su mujer. El temblor disminuye hasta tal punto, que si yo no lo hubiera comprobado la víspera, no lo apreciaría hoy. Las orinas se hacen más abundantes. Come bien, pero ya no tiene deseos de rom ni de coñac; y casi hay que hacerle violencia para que beba un vaso. La expresión de la mirada es más inteligente.

Segunda inyección de 5 cm³.

El día siguiente, 14 de agosto, le vuelvo á ver á las cuatro y observo que el temblor ha desaparecido por completo y apenas se aprecian los temblores fibrilar de la lengua. Se ha purgado y las evacuaciones abundantes que ha hecho por esta causa le han cansado un poco. Ya no desea rom ni coñac. Esta mañana el ajenjo le ha parecido *insípido y empalagoso;* una poción de Todd tiene un *gusto terroso,* y como ha cambiado de farmacéutico, culpa á este último porque no le ha dado la misma poción que el anterior.

Después del medio día se le da coñac, pero éste le repugna tanto, que apenas llega á la boca le provoca náuseas y se ve obligado á echarlo en su pañuelo. La inteligencia se va despejando y el enfermo desea reanudar su trabajo.

Le parece que se despierta de un mal sueño, ya no se acuerda nada de su crisis y se muestra muy sorprendido por haber dado golpes á su mujer ayer y anteayer.

Le prescribo el reposo y le cito para que vuelva á mi despacho el 17 de agosto á las dos de la tarde á mi consulta. Mientras tanto, dará algunos paseos, beberá y comerá como todo el mundo, bebiendo todo el alcohol que quiera puesto que he dado orden á los que le rodean que no se nieguen á darle ningún alcohólico.

Jueves 17 *de agosto.* El temblor fué disminuyendo de día en día. La víspera no bebió más que una copa de ajenjo que no encontró buena y que tuvo que vomitar; pero hoy bebió rom y no le supo mal.

Le veo con el Dr. Sapelier quien comprueba los mismos síntomas.

Día 20. El mismo estado, nada de inyección.

Día 23. Bebe menos y no tiene nada de temblor. Le hago una inyección de 5 cm³.

11 *de septiembre.* Vuelvo á ver al enfermo con mi colaborador. El ajenjo y el alcohol (rom ó coñac) le parecen repugnantes é insípidos y casi experimenta repulsión hacia los alcohólicos. Sin embargo, temiendo su mujer una nueva crisis de delirio, le da cada día una copita de rom que bebe en un vaso grande de agua, persuadido de que le hará menos daño. Se deja arrastrar por sus amigos, pero ya no va espontáneamente á la taberna porque *no le gusta mucho.* Sin embargo, bebe con gusto vino en el almuerzo, aunque en bastante menos cantidad que antes. Su carácter se modifica con este régimen y se ha vuelto tranquilo.

No se observa ninguna alteración en las orinas ni en las digestiones; come muy bien, *ya no se paga tan sólo de promesas; hay que darle de comer y de beber,* ya no siente nada de las molestias de los pasados tiempos.

El estado general es bueno; no existe nada de temblor pseudo-parkinsoniano; lo único que persiste es un ligero temblor fibrilar típico: *el alcohol se va,* como dice su mujer.

9 *de diciembre.* Trabaja bien y ya no bebe más que dos copas de ajenjo al día y coñac con agua de Seltz; por la mañana tiene pituitas, náuseas, etc. El sujeto recobra fuerzas y levanta pesos más considerables (cerca de 50 kilos) que antes.

10 *de septiembre de* 1900. Hoy he vuelto á ver al enfermo, que no bebe más que de cuando en cuando un poco de ajenjo que le pone malo cada vez que lo toma. Temerosa de una nueva crisis, su mujer le da cada día una copita de alcohol no obstante mi prohibición y á pesar de que el enfermo no desease beberlo.

OBSERVACIÓN *B* (1)

Dipsorexia adelantada, principio de alcoholismo crónico.

Tipo de enfermo al que no se debe inyectar con esperanzas de éxito, pero sí se puede hacerlo, porque alguna que otra vez se obtienen mejorías notables y animadoras.

(1) Observación 21 de mis notas personales.

M..... Jean, de treinta años, soltero y jornalero. Su madre murió de vejez; su padre, sin duda alguna de tuberculosis (?). A los siete años tuvo el garrotillo, y al volver de la campaña del Dahomey, fiebres intermitentes. En 1896 padeció una afección de la barba mal definida (¿sicosis?), diagnosticada en el hospital Saint Louis, in Paris. En la misma época, trabajando en una fábrica de fósforos en la disolución del fósforo, tuvo tumorcitos en la lengua y al mismo tiempo se presentó en la muñeca otro tumorcito del tamaño de una avellana, que abrió el mismo enfermo con su cuchillo. De resultas de esta auto-operación entró de nuevo en el hospital Saint Louis, donde nuestro distinguido colega Ducastel le curó con *un apósito, un jarabe y pociones*. En la misma época tuvo anginas, lo cual me inclinaría á creer que se trataba de manifestaciones sifilíticas. Este hombre, *minus habens*, es el tipo del individuo embrutecido por el alcohol, y sólo por lo mucho que insistieron sus deudos me resolví á intentar su tratamiento, pero no sin haber manifestado con mucha insistencia que era un mal tipo de enfermo, y que no se debían concebir ilusiones respecto al pronóstico.

Esta observación no habría salido nunca de mis apuntes si, á pesar del estado adelantado del mal, no hubiese obtenido algún resultado, aunque pequeño. Debo insistir, sin embargo, en que sería un error, y de mucha transcendencia, considerar esta observación como un caso típico, y hasta arriesgarse á comprometer el método inyectando con propósito deliberado á sujetos que son mucho más capaces de proporcionar un fracaso que un éxito.

Comenzó en 1889 á beber, por término medio, 6 litros diarios de vino sin ponerse alegre. Trabajaba en los hornos de yeso, donde tenía mucho calor, y bebía para imitar á sus compañeros. En 1891 se fué al servicio militar, en donde, como no tenia dinero, rara vez podía cometer excesos. Cuando sus recursos pecuniarios se lo permitían bebía vino ó aguardiente de orujo de una manera exagerada. En una ocasión hizo en la cantina en una misma velada hasta 20 francos de gasto. Esto se repetía siempre que su familia le mandaba dinero, ó, lo que es lo mismo, muy de tarde en tarde.

En 1893, en Lyon, trabajaba poco y bebía ajenjo, aunque no era tan bueno como el que bebía en Africa. Ingiere todos los días 12 copas de ajenjo por término medio. En unos casos bebe por deseo, en otros por afición, en algunos por necesidad.

En 1893 á 94, se marcha con un compañero. Al llegar á Lyon celebra el suceso y durante seis meses no cesó de encontrarse en un es-

tado de semi-embriaguez de tal manera, que no recuerda nada de lo que hizo por aquel tiempo. En 1894, entra en la refinería de la Casa See y se pone á beber vino y tres copas de ajenjo diarias por término medio. Con bastante frecuencia comete algún exceso; después de haber bebido una docena de copas de ajenjo, pierde la cabeza y se detiene en cada taberna que encuentra en el camino que conduce á su casa en Saint-Ouen, ó sea en un recorrido de 5 á 6 kilómetros, de tal manera, que siempre acababa por dormir en la prevención de Saint-Ouen.

Hoy en día bebe sin saber por qué, arrastrado á ello por una necesidad irresistible. Todo el dinero que tiene en el bolsillo lo gasta en beber. No tiene preferencia por ninguna bebida especial. Si empieza bebiendo vino, continúa sus excesos con esta misma bebida, y no queda privado de razón sino cuando ya ha ingerido unos 12 litros.

Si empieza bebiendo ajenjo, continúa igualmente con este licor hasta que ya no se tiene de pié. Bebe por la botella sin ocuparse de la cantidad que ingiere de cada vez. Con uno de sus compañeros bebió un día 22 copas de ajenjo en hora y media, y sólo cesó de beber porque su compañero se *indispuso y ya no podía acompañarle.* Cargándole entonces sobre sus hombros, se fué desde la Villette á los cerros de Chaumont, ó sea una distancia de cerca de un kilometro y en esta forma lo sube hasta un sexto piso; cuando llegó á casa de su amigo, la mujer de este último no quiso recibirle. Los dos compañeros se sientan en el último peldaño de la escalera, y sacando de su bolsillo un litro de rom que habían adquirido en casa del vinatero, lo bebieron diciendo de la mujer: «ya que nos re.....vienta, se quedará sin rom»; el amigo se cae completamente borracho en el descanso de la escalera, y nuestro hombre le abandona y baja dando tumbos. Al llegar al segundo piso y después de un movimiento en falso, pierde el equilibrio, se cae sobre la ventana, cede ésta y va á dar con su cuerpo al patio. Cualquiera otro hubiese muerto seguramente del golpe; pero nuestro hombre, no sólo no se hizo daño alguno, sino que ni siquiera se despejó de su borrachera. Sacando entonces de su bolsillo una segunda botella de rom, que milagrosamente no se había roto, se la bebió, y sólo después de haberla vaciado por completo, es cuando emprendió el camino para irse á acostar.

Todo esto parece inverosímil, y yo no me atrevería á referirlo si las personas que me trajeron este enfermo y que me merecen abso-

luta confianza, no me hubieran afirmado la exactitud de lo que acabo de relatar.

El aspecto general de este sujeto es de vigor y robustez; su tipo es seco y nervioso, en el sentido popular de la palabra; su mirada apagada y dirigida hacia adentro (torva); su cara tiene un color algo pálido y sus conjuntivas están muy congestionadas, sobre todo en el lado derecho. Sus carnes son consistentes; los labios son muy gruesos, sobre todo desde que, según él dice, le habían tratado una «sicosis» que le había ocasionado la formación de un engrosamiento en la lengua (se trata sin duda de las manifestaciones sifilíticas cuya existencia probable ya he señalado anteriormente). Digiere muy bien y el apetito es excelente. Algunas veces, al día siguiente de un exceso lo pierde, pero al cabo de dos ó tres días ya se encuentra como antes. El estómago está distendido por gases, sobre todo cuando ha bebido la víspera, y es muy raro que esté un día sin beber, sin desfallecimiento de estómago y sin dolores.

Apenas se despierta, se presenta todas las mañanas la pituita, pero ésta nunca va acompañada de náuseas, ni de vómitos. La sed es muy viva, y el sujeto la calma bebiendo, tan á menudo como le es posible, vino blanco, licores variados, aguardiente, y sobre todo ajenjo. Nunca hay diarrea ni estreñimiento. Por la mañana, el enfermo tiene la boca pastosa y de mal sabor. La lengua está sucia, roja, resquebrajada y tiembla cuando el sujeto la mueve. Hay sobresalto de tendones, pero no se observa incertidumbre en la marcha ni disminución de sensibilidad, aunque existe una abolición completa de los reflejos rotulianos.

Tan obscurecida está su inteligencia, que es imposible saber en qué momento del día alcanzan su máximum los trastornos referidos, y si aumentan ó disminuyen después de la ingestión del alcohol.

En cuanto se acuesta se duerme, pero con ensueños de todas clases, en que hay ratas, serpientes, batallas, precipicios, y todo el cuadro del alcoholismo crónico.

En los miembros inferiores, hay algunas veces sensaciones de quemaduras, de hormigueos, de calambres en las pantorrillas: «parece, dice el interesado, como si hubiera una bola sobre la cual se ve obligado á frotar para poder mover de nuevo su pierna, que no puede doblar ni estirar».

Los mismos fenómenos se observan, aunque menos acentuados, en los miembros superiores. El calor de la cama los exagera. Los tem-

blores de las manos, que son mucho más pronunciados por la mañana en ayunas, ceden cuando el sujeto ha bebido alcohol, y son tan exagerados, que necesita á veces coger el vaso con las dos manos para que no se le vierta el contenido. Aunque no es zurdo, se maneja peor con la mano derecha, porque tiene más fuerza en la izquierda. A menudo tiene vértigos y una alteración en la vista, que consiste en que, de un momento á otro, ve los mismos objetos más grandes que de costumbre.

La palabra es lenta; pero esta lentitud proviene de la perturbación intelectual del sujeto. A pesar de todas mis investigaciones y de mis sospechas de sífilis adquirida, no conseguí descubrir ningún síntoma de parálisis general.

Diagnóstico diferencial. — Este hombre, á pesar de los numerosos síntomas que arguyen á favor del alcoholismo crónico, es un dipsorético que se halla en el último límite de esta afección, porque en el curso de mi interrogatorio, no he encontrado ningún síntoma que pudiera hacerme pensar en una lesión hepática, por ligera que fuese. El peritoneo no presenta indicio de ascitis. Los riñones funcionan bien y las orinas no contienen ningún producto anormal.

Con todo, no hay que perder de vista que este hombre es un *minus habens*, sin duda «sifilítico», y en todo caso que se trata con seguridad de un sujeto con tacha orgánica. El pronóstico, según los conocimientos que he adquirido en el curso de este estudio, no permite ninguna duda. Se puede asegurar *a priori* que este enfermo no sacará ningún beneficio del tratamiento, porque se halla en un estado tal que, por mucho que se haga, sus órganos no pueden reaccionar del modo conveniente. En efecto, este individuo está mucho más cerca del alcoholismo crónico que de la dipsorexia, de la cual ya no viene á tener en cierto modo más que el recuerdo.

25 *de mayo de* 1900. Se inyectan 5 cm^3 de suero.

El 30 me refieren, porque él no viene á mi consulta, que ha tenido soltura de vientre toda la noche pasada, que tiene diarrea y repugnancia al alcohol, pero, á pesar de esto, ha cometido un exceso la víspera.

El 6 de junio me traen el sujeto, y me refiere éste que el 26, al día siguiente de la inyección, había estado un poco atontado, que al medio día había bebido un cuartillo, pero que no había podido beber más, lo cual le sucede siempre al día siguiente de haber cometido un exceso.

El domingo 27 «ha tenido revolución en el vientre» y se vió obliga-

do á ir al retrete lo menos 10 veces. Por la noche continuó la diarrea y tuvo que levantarse tres ó cuatro veces.

El lunes y martes persísten los cólicos; el jueves vuelve á beber. Todo el día estuvo bebiendo vino tinto y vino blanco, cerca de 4 litros por la tarde. A la hora de comer bebe un litro y se va á acostar después porque está algo alegre. Quiso beber ajenjo, pero no pudo, porque *no estaba bueno y no quería pasar por la garganta.*

El viernes se siente mal de la cabeza. Todavía bebió dos litros de vino blanco y tinto por la mañana temprano, pero no bebe por la tarde, porque se siente enfermo y además se ha enojado el amo; por la noche bebe un litro á la hora de comer y se va á acostar.

El sábado no ha bebido porque *no le hacía mucha gracia*; hubiera podido beber si hubiese querido, porque ha tenido numerosas ocasiones de hacerlo, pero no se ha aprovechado de ellas. A la noche se ha emborrachado y anduvo á golpes, pero ya no recuerda el motivo de la reyerta. Bebió vino blanco, tinto y aguardiente.

El domingo se emborrachó cuatro veces. Comenzó á las cinco y media de la mañana, con aguardiente y vino. A las ocho, el barbero se niega á afeitarle, por lo borracho que está; se acuesta, y cuando se levanta al medio día, vuelve á beber una cantidad considerable de vino. A las tres le acuestan en un granero, y allí duerme hasta las cuatro, en cuya hora comienza de nuevo á beber vino Pierde la cabeza después del primer litro, y á las siete, completamente embriagado, sale y se pone en camino sin tropezar mucho. Va con la cabeza baja, cantando, pero sin titubear. A las nueve bebe otros cuatro litros de vino, al bajar por la calle de Lafayette (un kilómetro), y á las nueve y media se va á dormir á una reunión, de la cual sale para entrar en su casa.

El lunes no ha bebido más que medio litro de vino. El miércoles 6 de junio, sólo bebió cuatro veces, á pesar de las numerosas ocasiones que se le presentaron.

Se inyectan 5 cm^3 de suero, y el enfermo se desmaya.

4 *de julio.* El enfermo no quiso volver á nuestra consulta; pero sabemos noticias de su salud por las personas que nos lo habían traido.

Después de la segunda inyección, ya no bebió ni rom ni ajenjo ni ninguna clase de alcohol, porque le ponen enfermo y le quitan el gusto para todo lo espirituoso. Se desquita con el vino, del que hace un consumo exagerado.

10 *de septiembre.* El enfermo no ha vuelto á nuestra consulta; pero sé que su repulsión hacia el alcohol ha persistido hasta hoy. Desgra-

ciadamente, no sucede lo mismo respecto al vino. Sin embargo, este enfermo ya no bebe ni alcohol ni ajenjo, pero abusa muchísimo del vino.

Por consiguiente, en este caso el estado del enfermo mejoró mucho, á pesar de las condiciones desventajosas del mismo, del que ya hemos hecho mérito anteriormente.

Sólo gracias tenemos que dar á Dios, por haber podido obtener un resultado, por muy pequeño que haya sido, puesto que estaba persuadido desdé un principio de que el enfermo no sacaría ningún beneficio del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ CODINA CASTELLVÍ

Médico de número, por oposición, del Hospital General de Madrid.

I. ESTUDIO DE LA CISTITIS TUBERCULOSA; CONCEPTO CLÍNICO Y TRATAMIENTO DE LA MISMA, por el Dr. D. Francisco Carbonell y Solés. Barcelona, 1900.
II. INSTRUCCIONES SANITARIAS CONTRA LA TUBERCULOSIS, por D. Pedro Moyano y Moyano. 2.ª edición, Zaragoza, 1900.
III. Acta de la sesión solemne, pública, inaugural que la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona, celebró en 30 de enero de 1900.

I

Con decir que este trabajo ha sido premiado en concurso público por la Real Academia de Medicina y Cirugía, de Barcelona, habría lo suficiente para dejar sentado su mérito indiscutible. Sin embargo, la ilustración vastísima del joven autor, su laboriosidad extraordinaria, recompensada con los premios obtenidos en varios certámenes públicos, la importancia clínica del asunto y su metódico desarrollo merecen que demos una idea algo detallada al lector, que la que se desprende del conciso juicio fundado en el galardón que alcanzó en dicha Real Academia.

En este folleto, que consta de cerca de 100 páginas, en 4.° mayor, y de nutrida lectura, se divide el estudio de la cistitis tuberculosa en siete capítulos á cual más interesantes, cuyos epígrafes son: Historia, Etiología, Anatomía patológica, Sintomatología, Diagnóstico, Curso, Pronóstico y Tratamiento.

He aqui resumidas las ideas del autor en la siguiente conclusión:

«La cistitis tuberculosa sólo tiene individualidad en el terreno clínico. No hay razón para colocarla como entidad abstracta en las clasificaciónes patológicas, porque, al igual que la mayoría de tuberculosis locales, es pura manifestación de un *acto infectivo bacilar*, que no es forzoso se haya verificado en la misma vejiga y precisamente poco antes de empezar los fenómenos morbosos vesicales. Al contrario, por regla general, se ha de concluir considerándola como consecuencia tardía de una infección tal vez distante de la vejiga y cuyas lesiones primitivas es posible que se hayan curado ó reducido á estado latente.

»El diagnóstico de la cistitis tuberculosa, hoy por hoy, no puede hacerse expeditamente de un modo directo, en presencia de la realidad de la esencia del proceso. Las causas de error y las dificultades de las técnicas microscópica, bacteriológica y cistoscópica, obligan á convertir en *discursivo* al diagnóstico, fundado en estos recursos, que sólo el afanoso anhelo de poseerlos más en absoluto, como se logrará algún dia, ha podido revestirlos de una importancia clínica de que todavía carecen.

»De ahí la supremacía actual del diagnóstico clínico, resultante del análisis y comparación aislada y con referencia mútua de todos los síntomas y signos, incluso los que entrañan los exámenes de los microbios y de las lesiones, relegados, por virtud de ese criterio, á la misma categoría que las otras manifestaciones morbosas.

»Y, en fin, tampoco el tratamiento reclama el apoyo del laboratorio; es el tratamiento clínico tradicional por excelencia: la acción tónico-reconstituyente sobre el terreno, el primer factor de todas las enfermedades, el elemento clave de la salud, de la curación, de la existencia orgánica. El tratamiento quirúrgico es un recurso, pero no una solución; juega un papel de análoga importancia al del diagnóstico bacteriológico con respecto al diagnóstico inductivo.

»Clínico, esencialmente clínico, es el problema de la tuberculosis vesical; pero lo es hoy todavía en los momentos de poner término á nuestra tarea, y mañana puede que no lo sea tanto, ni en el concepto etiológico, por demostración evidente de las vías de tuberculosis vesical; ni en el concepto diagnóstico, por la facilidad y seguridad inequívocas en la comprobación directa de la presencia del bacilo y de las lesiones; ni, en fin, en cierta manera, bajo el aspecto terapéutico, á causa del logro de las esperanzas con razón cimentadas sobre el método sueroterápico».

Reciba pues, el laborioso é inteligente autor de este *Estudio*, el doctor D. Francisco Carbonell y Solés, nuestra más cordial enhorabuena por el nuevo lauro alcanzado, tan merecidamente, por su trabajo.

II

El folleto que con el título *Instrucciones sanitarias contra la tuberculosis*, ha publicado el muy inteligente veterinario D. Pedro Moyano, tan conocido y reputado por sus numerosos trabajos científicos, como por la fé con que sigue los progresos modernos y la vasta ilustración que posee, es una nueva edición de su discurso inaugural leído en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el día 28 de enero del año actual.

Es este un trabajo que demuestra, con toda evidencia, los vastos conocimientos que posee el autor acerca de la tuberculosis y el afán, digno de elogio por muchos conceptos, de que nuestra nación se coloque á la altura de los países extranjeros en cuánto atañe á la más racional profilaxis de tan mortífera enfermedad.

Comienza su trabajo ocupándose del concepto general de la tuberculosis bacilar de Koch, de la historia de la tuberculosis, de su extensión y distribución geográfica, de los seres que la padecen, de las estadísticas, y de las relaciones entre el bacilo de Koch y las lesiones tuberculosas. Desarrollados estos temas con gran sobriedad, pero muy nutridos de doctrina, ocúpase, en la primera parte, de la tuberculosis considerada desde el punto de vista de la policía sanitaria, y en la segunda, de la tuberculosis desde el punto de vista de la higiene alimenticia del hombre.

Para que el lector pueda hacerse cargo de la gran importancia de los temas en que se ocupa dentro de cada una de dichas partes, trasladamos á continuación, el índice de los mismos.

En la primera parte, se ocupa sucesivamente, de la declaración de la tuberculosis, de la visita de los animales tuberculosos; de los diagnósticos clínico, histológico, microbiológico, experimental, por los rayos X, por el suero artificial y por la tuberculina; de las instrucciones para el empleo de la tuberculina, de la declaración y autopsia de los animales muertos á consecuencia de enfermedad ó accidente, de la inspección de los animales domésticos destinados al consumo público, de la redhibición, del sacrificio de los animales atacados de tuberculosis, del aislamiento y secuestración de los animales, sospechas de padecer la enfermedad, del enterramiento de los cadáveres y despojos orgánicos tuberculosos, de la desinfección

de los locales y de los objetos infectados de tuberculosis, de la indemnización por los animales sacrificados en virtud de mandato oficial, y de la prevención libre y obligatoria contra la tuberculosis. En la segunda parte, ocúpase de la identidad y contagio de la tuberculosis del hombre y de la de los animales domésticos, de las carnes tuberculosas y de las leches de hembras tuberculosas.

Como podrá ver el lector, basta hojear este índice para que se despierte el apetito de leer todo el trabajo, y podemos asegurar que la lectura de éste no defrauda las esperanzas que hiciera concebir el índice. Por esta razón, no titubeamos en recomendar con entusiasmo este trabajo tanto á los médicos como á los veterinarios, el cual reune además el aliciente de ir precedido de un prólogo, breve, honrado y patriótico del reputado histólogo de la Universidad de Zaragoza, D. Luis del Río y de Lara.

III

Figuran en el acta de la sesión solemne pública inaugural que la Academia Médico-Farmacéutica de Barcelona, celebró el 30 de enero de 1900, un conciso discurso del Secretario de la Academia, doctor D. César Tomás, en el que se da cuenta de los valiosos trabajos realizados en la misma, y de las vicisitudes que ha pasado en su armonioso consorcio con el Colegio de Médicos de dicha capital, y un discurso del Académico de número, é ilustrado Profesor de Técnica anatómica de aquella Facultad de Medicina, Dr. D. Antonio Riera y Villaret.

En dicho discurso, sobrio como todos sus escritos, se ocupa de los procedimientos de investigación anatómica, y pasa revista sucesivamente, con gran conocimiento de la materia, a las investigaciones anatómicas en el hombre vivo, á la utilidad de los cadáveres de animales para el estudio de la anatomía humana, al aprovechamiento de los casos patológicos para los estudios de anatomía normal, y á la experimentación anatómica. Dada la reconocida aptitud que posee para los estudios anatómicos el reputado Profesor mencionado, no es de extrañar que su discurso posea un sello de originalidad, muy común en todos sus escritos, y se lea con verdadero deleite y con no menos provecho.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Fractura de la región cervical del raquis por extensión forzada de la columna vertebral. Laminectomía. Muerte. — En la *Revista Científica Profesional*, de Barcelona, publica D. Bonfilio Garriga una observación clínica referente á un joven de veintiún años de edad, de regular constitución, que si bien sufría de palpitaciones cardíacas, podía dedicarse á su oficio de constructor de carruajes.

En junio de 1898 quiso el joven hacer alarde de su ligereza dando una voltereta en uno de los brazos de un carro que había construído, con tan mala suerte, que se cayó de espaldas en dirección perpendicular á los brazos del carro, recibiendo una fuerte contusión en la región posterior del cuello, la cual quedó apoyada en extensión forzada sobre uno de dichos brazos. Impotente para levantarse por sí sólo, recibió auxilio de algunas personas que presenciaron el accidente, las cuales observaron que el lesionado no podía mover sus miembros inferiores, los cuales arrastraba por el suelo.

Reconocido el herido, se vió que descansaba inerte en la cama guardando el decúbito supino; se quejaba de fuerte dolor al nivel de la región cervical posterior en sus últimas vértebras, donde se apreciaba una ligera deformidad que correspondía encima de la proeminencia normal de la séptima vértebra cervical.

Imposible fué al paciente mover las extremidades inferiores, notándose en ellas una parálisis completa (paraplegia), con abolición absoluta de la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa. Los reflejos plantares habían desaparecido. En el tronco la pérdida de la sensibilidad se remontaba al nivel del tercer espacio intercostal. La abolición del movimiento y de la sensibilidad no era tan absoluta en los miembros superiores, de modo que sólo existía en ellos un estado de simple paresia. Como acostumbra suceder en casos semejantes, el recto y la vejiga urinaria participaban también de la parálisis, notándose á su vez algo de meteorismo abdominal. El pulso y la temperatura eran normales; la respiración más bien abdominal que torácica. Integridad de las facultades intelectuales y de los sentidos especiales, vista, oído, gusto y olfato; el tacto era un tanto obtuso.

Diagnostica en el caso actual, como probable, una fractura del raquis, localizada en la porción cervical de la columna.

El tratamiento empleado durante los primeros días del accidente fué puramente médico y encaminado á cumplir las indicaciones propias del caso en cuestión: aplicaciones de sanguijuelas á lo largo del raquis para disminuir el derrame intrarraquídeo consecutivo al traumatismo; purgantes para descongestionar la médula y sus cubiertas membranosas; cateterismo uretral para evacuar la orina, practicado varias veces al día; uso de los calomelanos á dosis refractaria para oponernos en lo posible al desarrollo de la

mielitis traumática que pareció iniciarse con la presentación de una ligera reacción febril acompañada de subdelirio. Inmovilización de la cabeza.

A pesar de los medios empleados, persistían á los seis días del traumatismo los síntomas de parálisis á los que se agregaron la aparición de la escara de la región sacro-coxígea, debida más bien que al decúbito á los trastornos tróficos ó de nutrición de los tejidos paralizados, y un aumento del meteorismo abdominal y torácico por parálisis del diafragma. Dichos trastornos fueron tratados con los medios aconsejados en tales casos: aplicación de polvos de quina y alcanfor; de esponjas empapadas en agua muy fría una de ellas, y otra en agua muy caliente durante siete minutos, de un modo alternativo; elevación de la región sacra por medio de un cojin de goma lleno de aire y horadado en el centro, donde descansaba la región de la escara, evitándose así que fuese comprimida y apretada por el peso del cuerpo. Para facilitar la contractilidad vascular de las zonas paralizadas, se administró la ergotina en cantidad diaria de 3 gramos; al objeto de disminuir la compresión medular debida al derrame intrarraquídeo, se propinó al paciente durante algunos días el ioduro de potasio, de cuya sal tomaba 2 gramos diarios.

Se practicó la laminectomía con resección vertebral tan completa como fué posible, al objeto de disminuir compresiones.

El día 23 de julio, previa asepsia de la región y la anestesia mixta, iniciada con el cloroformo y continuada con el éter. Incindió el Dr. López la piel en una extensión de 12 centímetros, hasta alcanzar con la disecación de los tejidos blandos el ligamento supra-espinoso. Con separadores romos se mantuvo abierta la herida operatoria al objeto de ir desprendiendo los ligamentos y poner al descubierto las apófisis y láminas de las vértebras cervicales quinta, sexta y séptima; una profusa hemorragia venosa que se presentó durante la disección fué detenida mediante la compresión de varias pinzas hemostáticas. La dura-madre se hallaba desgarrada y las expresadas vértebras luxadas y fracturadas á la vez; la aplicación de las tijeras cortantes en las apófisis espinosas y entre las láminas vertebrales, para extirpar varios fragmentos óseos, determinó un ligero derrame de líquido cefalo-raquídeo mezclado con regular cantidad de sangre venosa que ocasionó un síncope, que puso en peligro la vida del operado; gracias á la respiración artificial y á las tracciones rítmicas de la lengua con las pinzas de Laborde pudo conjurarse el conflicto. Quedó al descubierto el blanco cordón medular en una extensión de 4 centímetros, y después de regularizadas las eminencias óseas y levantados los fragmentos que comprimían la médula, se terminó la operación, cuyo acto duró poco más de una hora. Se hizo la sutura profunda continua con catgut y la superficial entrecortada con seda; se aplicó una compresa de gasa iodofórmica y una gruesa capa de algodón salicilado, sostenido todo con la venda de gasa. El operado fué trasladado á la cama limpias y calentadas las ropas, dándosele en seguida una inyección de rom seguida de otra de 20 centígramos de cafeina, para reaccionarlo. La cabeza quedó en completa inmovilidad, mediante la aplicación de sacos de arena á los lados del cuello.

Conseguida la reacción del paciente, sobrevino á las dos horas de la operación un delirio acompañado de fiebre alta, falleciendo el operado á las seis horas en pleno delirio é hipertermia (42°). Sobrevivió veinticuatro días al accidente traumático y unas seis horas á la intervención quirúrgica.

Las consideraciones que pueden establecerse del presente caso clínico, dice el Dr. Garriga, son las siguientes:

1.ª Que en la mayoría de los casos es imposible poder establecer con exactitud el diagnóstico diferencial entre la luxación y la fractura del raquis.

2.ª Que la gravedad de dichas lesiones traumáticas va en aumento á medida que asientan en las partes más superiores de la columna vertebral.

3.ª Que la intervención quirúrgica mediante la laminectomía ofrece pocas garantías de éxito curativo, especialmente en los casos en que la luxación ó fractura radica en la porción cervical de la columna raquídea y existan síntomas marcados de compresión medular.

Las grandes perturbaciones traumáticas del codo en los niños. — En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, publica el Dr. Martínez Angel un trabajo sobre este asunto, y cuyas conclusiones son las siguientes:

1.ª En los codos de los niños no se dan nunca las luxaciones simples, como sucede en el adulto; entendiendo por niños todos aquellos individuos cuya edad es inferior á la de las soldaduras apofisarias y epifisarias.

2.ª La reducción perfecta de estas luxo-fracturas (que yo llamo, creo que con propiedad, *perturbaciones traumáticas del codo*), sin negar su posibilidad, es sumamente difícil.

3.ª En el supuesto de que se obtenga, no puede mantenerse, so pena de que resulte la anquilosis.

4.ª Como, ante todo, lo que debe buscarse en una articulación es el movimiento más amplio y libre que se pueda obtener, yo prescindo de aquélla y busco éste á todo trance.

5.ª Los resultados conseguidos son perfectos en este sentido: á los enfermos que se han sometido *en absoluto* á mi tratamiento, casi de algebrista ó curandero (no me da pena el confesarlo), les ha quedado *tan útil y casi tan perfecto en todos sus movimientos el miembro lisiado como el otro.* Pero éste es deslucido *á la vista*, la articulación *queda fea*, deformada y al parecer, al principio del tratamiento inútiles, largo y muy doloroso. Si alguno de ustedes conoce otro *tan eficaz*, y que no ofrezca estos inconvenientes, ruégoles que me lo enseñen para bien de la humanidad y mío. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 9 y 16 de Octubre de 1900.

Restauración de la bóveda palatina, del velo del paladar, de la nariz y de las vías lagrimales por un aparato protéico. — El Dr. Berger: Presento un aparato que ha permitido al Dr. Goldenstein restaurar la bóveda palatina, el velo del paladar, la nariz y las vías lagrimales.

Este aparato se compone de dos partes esenciales: una bucal, el obturador ó pieza palatina; la otra facial, la nariz artificial. Además está dispuesto de modo que puede guiar las lágrimas hacia las cavidades nasales.

El obturador, modelado sobre la pérdida de substancias de la bóveda palatina en el borde alveolar, y provisto además del velo palatino artificial, está sostenido por dos llaves, que se levantan cuando quiere aplicarse el aparato y que se aplican á uno y á otro lado de la perforación sobre el plano inferior de las fosas nasales.

Al articularse la pieza facial, de la nariz protéica con la pieza palatina juega un resorte que baja las llaves referidas y de este modo queda sujeto el aparato. A pesar de la utilidad de este aparato, creo que es preferible la restauración á la protesis, porque es más fácil acostumbrarse á una nariz mal hecha que á una proteica.

Dermatitis producidas por los gusanos de seda.—El Dr. Vallin: Se observa de cuando en cuando en las manos y en los antebrazos de los encargados de extraer la seda de los capullos, eritemas y hasta pústulas.

El Dr. Fabre (de Aviñon), ha explicado con toda claridad, la génesis de estos accidentes.

Ha observado en sí propio que las materias fecales contenidas en los nidos de las orugas, poseen propiedades irritantes, trátese de orugas provistas ó no de pelos. Unicamente las orugas provistas de pelos transportan en ellos estas substancias irritantes.

De ordinario se maneja sin inconveniente las orugas de los gusanos de seda, pero á veces producen dolores agudos, hinchazón de los ojos, picor y exfoliación de las manos y de los antebrazos. El Dr. Fabre cree que la causa de estos fenómenos es el excremento de las orugas que estas transportan en los pelos. ¿La substancia urticosa es resíduo digestivo ó urinario?

Para resolver este problema, el Dr. Fabre ha recogido y tratado por el éter la papilla abundante formada de ácido úrico y de diversos humores aun mal conocidos, que elimina toda mariposa al dejar de ser crisálida. Ha observado siempre que el producto de evaporación de esta tintura etérea, posee las mismas propiedades irritantes que las heces de las orugas. Igual resultado con las deyecciones de las mariposas que acaban de salir del capullo.

Creemos que la maceración de las manos de los obreros en el agua caliente, favorece la aparición de estos accidentes; pero la causa verdadera de la dermatitis, es la presencia en el agua donde se mojan los capullos de la papilla urinosa que la mariposa deja caer en gotas, cuando deja de ser crisálida; es probable que exista también en el cuerpo de éstas, dicha mezcla de uratos antes de la metamorfosis.

Desde el punto de vista de la profilaxis industrial, convendría averiguar si ciertas substancias anulan la propiedad irritante de los excrementos de las orugas y de las excreciones de las crisálidas. Es preciso renovar con frecuencia el agua de los lavatorios y sustituirla con agua fría antes de que se sumerja en ella las manos, para recoger la seda de los capullos.

Las epidemias en Francia durante el año de 1899.—El Dr. Laveran leyó sobre este asunto un trabajo cuyas conclusiones son las siguientes:

Conviene nombrar una Comisión encargada de reorganizar el servicio de las epidemias.

Es preciso adoptar medidas para asegurar la declaración de las enfermedades epidémicas.

Se invitará á los alcaldes para que hagan indicar la causa de la muerte en la certificación de defunción.

Los maestros deben dar parte, sin pérdida de tiempo, de los casos de enfermedad infecciosa que ocurran entre sus discípulos.

Conviene exigir que, después de una enfermedad infecciosa, los niños no vuelvan á la escuela en algún tiempo.

La diarrea infantil se separará de las otras diarreas en las estadísticas.

El servicio de hojas de estadísticas será regular y uniforme.

La desinfección se propagará más que hasta ahora.

Investigaciones anatomo-patológicas, deducciones clínicas y terapéuticas sobre el cáncer de la piel.— El Dr. Delorme leyó un informe sobre un trabajo del Dr. Raymond (de Montpellier).

El cáncer primitivo de la piel, que procede siempre del epitelio, es un epitelioma, y aunque se desarrolla á expensas de las células de la epidermis, de las prolongaciones intrapapilares de la red de Malpighio, de las glándulas sudoríficas y de las sebáceas de los folículos pilosos, todas sus variedades presentan más semejanzas que diferencias, porque las células de las glándulas de la piel son un derivado de las malpighianas.

Según el Dr. Raymond, no puede haber una buena terapéutica del epitelioma cutáneo, sin que esté precedida de un examen microscópico.

En los epiteliomas de la piel, la proliferación celular unas veces tarda poco en sobreponerse á la reacción conjuntiva, otras ésta refrena la proliferación celular.

En el primer caso, el epitelioma tiene el triste privilegio de un pronóstico grave, de un desarrollo rápido, de un tratamiento inseguro, infiel; en el segundo, el pronóstico es más benigno, el tratamiento más seguro, porque en algunos cancroides hay tendencia natural á la curación parcial ó total.

Los epiteliomas del segundo grupo suelen curar con el clorato potásico, la cauterización con el arsénico, el termo ó el galvano-cauterio, en ocasiones por los tratamientos más anodinos. A los del primer grupo sólo debe oponerse el bisturí, con el que á veces se consigue curarlos.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesiones de los días 17 *y* 24 *de Octubre de* 1900.

De la hernia en los árabes.—El Dr. Berger : El Dr. Huguet, de Argelia, nos ha enviado muchas observaciones referentes á la cura radical de hernias en niños árabes ; se trataba de hernias umbilicales y voluminosas ; el procedimiento empleado ha sido el del Dr. Le Dentu. La hernia umbilical es frecuente en los niños de las tribus nómadas de Argelia ; la inguinal es más rara. La frecuencia de la umbilical se explica por lo mucho que se descuida el apósito del cordón y del ombligo, y, sobre todo, por los esfuerzos que se imponen á esos niños. Dichas hernias umbilicales son en general hernias

por falta de resistencia; el vientre es voluminoso, el intestino está dilatado, la pared abdominal es muy flácida y los músculos rectos están muy separados. En los adultos de las tribus nómadas de Argelia, la hernia es rara, mientras que los Berberiscos, que son una raza sedentaria, con frecuencia padecen hernias; la inguinal es la más frecuente. Los árabes sostienen la hernia con aparatos ingeniosos, que consisten en vendajes con muesca.

Cirrosis hepática curada por la colecistostomía.—El Dr. Pouchet: Se trata de una mujer de treinta y tres años, que sufría alteraciones hepáticas desde hace tres. Había hecho uso de las bebidas alcohólicas y había tenido dolores en el lado derecho, pero sin tener cólicos verdaderos; tenía un hígado muy grande y una vesícula voluminosa; nunca tuvo ictericia; se hizo el diagnóstico de angiocolitis y de colecistitís no calculosa; había tenido accesos de fiebre. Hice la laparotomía lateral y vertical; el hígado era voluminoso, verdoso y rodeado de adherencias; la vesícula era muy grande y la incindí sin que en ella se encontraran cálculos. Por la colecistostomía salió una bilis obscura y rica en colibacilos; éste derrame de bilis infectada duró tres semanas; después salió en abundancia una bilis estéril. Después de la operación, se observó una mejoría notable; el hígado adquirió su volumen normal á los seis meses, pero la fístula persistió. La curación de esta fístula se obtuvo en doce días, merced á la colecistectomía secundaria por decorticación subserosa.

Cáncer del colon; entero-anastomosis. — El Dr. Tuffier: Una observación de esta clase nos ha enviado el Dr. Charrier; se trata de un caso de cáncer situado en la unión del colon ascendente con el transverso en una mujer de treinta años. La enferma había tenido una crisis de oclusión intestinal; unas veces se encontraba un tumor en el vacío derecho y otras el tumor desaparecía. El Dr. Charrier hizo la laparotomía y encontró un tumor inoperable que parecía un cáncer en el colon. En estas condiciones hizo la anastomosis del extremo del intestino delgado con el asa omega, siguiendo el procedimiento de las suturas.

El Dr. Quenu: La operación de elección en los casos de cáncer del intestino, es la entero-anastomosis; pero si el cirujano es llamado en el momento de una crisis de oclusión intestinal, no puede hacer más que el ano contranatura sobre la S ilíaca, nunca sobre el ciego; el ano cecal es insoportable para los enfermos.

De las anastomosis intestinales.—El Dr. Hartmann: En presencia de un tumor inoperable del intestino, admito que se debe mirar la entero-anastomosis como la operación de elección; pero es necesario prevenirse para no hacer dicha operación muy cerca de la neoplasia, puesto que ésta, extendiéndose rápidamente, puede invadir la boca artificial, como he tenido ocasión de observarlo en uno de mis enfermos. Estas anastomosis deben tener un amplio orificio, de modo que no pueda ser obliterado por los excrementos duros, como se ha notado empleando el botón de Murphy, que he abandonado en absoluto. La exclusión, considerando por tal cuando una porción de intestino está excluída, puede prestar buenos servicios en ciertos casos; yo he acudido á ella en muchas circunstancias bien complicadas, y no tengo motivos de arrepentirme. De todos modos, debe saberse que en las exclusiones totales pueden producirse secreciones, y, por consecuencia, accidentes; la

exclusión fistulosa ó unilateral, es, pues, preferible. Por lo que se refiere á la fistulización de la porción de intestino que queda por debajo de la neoplasia, añadiré que nunca he acudido á ella, pudiéndose eliminar las secreciones por un trayecto retrógrado. Esto es lo que sucede en los casos de cáncer del ángulo del colon cuando la anastomosis se ha verificado entre el colon ascendente y el transverso, y esto es lo que ha sucedido en uno de mis operados, que ha sobrevivido catorce meses.

El Dr. Guinard: Es digno de señalar que, en casos semejantes, existe un fondo de saco donde las secreciones se acumulan, y faltando la presión es dudoso que dichas secreciones siempre puedan franquear la válvula ileocecal. Un caso de retención, citado por un médico sueco ó noruego, ha necesitado una intervención directa. Por estas razones creo que es preferible hacer una fistulita cecal, que más tarde desaparecerá espontáneamente.

El Dr. Tuffier: En general no creo que sea necesario hacer esta fístula, puesto que siempre se llega á tiempo de practicarla más tarde, si ha de ser útil. Yo considero la entero-anastomosis, como la operación de elección, haciendo suturas, puesto que el botón de Murphy es peligroso y actualmente le he abandonado en absoluto.

El Dr. Terrier: En favor de la entero-anastomosis, puedo citar el caso de un enfermo con una neoplasia del ángulo del colon, en el que hice la anastomosis del colon ascendente con la parte lateral del colon transverso. La operación se practicó hace un año, y el enfermo ha vuelto á dedicarse á sus ocupaciones desde entonces. También podría citar algunos otros casos felices, pero es justo añadir que algunas veces el curso de los excrementos no se verifica sin inconvenientes. En cuanto á la exclusión, es evidente que la parcial da buenos resultados; sin embargo, no siempre sucede así, y es necesario acudir á la exclusión total, que no debe ser completamente desechada.

El Dr. Hartmann: La acumulación de las secreciones, contra la cual el D. Guinard preconiza la fistulización, es rara, y tal vez hasta no es más que una hipótesis. Por otra parte, yo estoy convencido de que si la entero-anastomosis es la operación ideal, hay casos en que la exclusión bilateral se impone.

De la asepsia operatoria.—El Dr. Walther: Después de la comunicación del Dr. Quenu, he practicado con el Dr. Rabaud algunos experimentos, respecto, unos, á la esterilización de las manos, y otros (aún incompletos) á la esterilización del campo operatorio. Hoy solo me ocuparé del resultado de los primeros. De 19 experimentos, hemos obtenido 18 veces un resultado negativo, y una vez un resultado positivo; en seis casos, las siembras se han hecho en diferentes tiempos de la operación: sólo una vez hubo cultivo. Nada diré respecto á la esterilización de las manos, que hago como la mayor parte de nuestros colegas. En cuanto á la cuestión de los guantes de caucho, diré que si se trata de una operación séptica, vale más servirse de ellos; en el caso contrario vale más abstenerse. Por otra parte, el guante puede desgarrarse ó contaminarse sin advertirlo.

El Dr. Quenu lee una extensa Memoria, en la cual hace la historia de la asepsia, como ha sido puesta en práctica en los hospitales de París y cuál es

la línea de conducta que él sigue en su enfermería; al mismo tiempo que va contestando á los oradores precedentes, defiende las proposiciones que ha emitido en su primera comunicación.—CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 17 de Octubre de 1900 (1).

Tratamiento de las fracturas de las mandíbulas.—El Dr. WARNEKROS: Hace veintinueve años el Dr. Suersen manifestó en esta misma Sociedad que en los casos de fractura de la mandíbula había que abandonar los métodos antiguos y adoptar los que emplean los americanos, Weber, de París, y Hann, de Erfurt, los cuales consisten en fijar las partes fracturadas por medio de una cápsula de caucho vulcanizado, manifestando además su esperanza de que en lo sucesivo se utilizarían en estos casos los auxilios del arte del dentista. Los trabajos que después se han publicado demuestran que, lejos de ser así, se continúan empleando los antiguos aparatos. En las fracturas simples, y que no tienden á la dislocación, creen eminentes cirujanos que basta con la babera y con que el enfermo guarde reposo, y contenga los movimientos de masticación, sin reflexionar que estas prescripciones son muy molestas para los enfermos, y que además de esto, es muy difícil obtener así la antisepsia y la limpieza de la boca. En los casos complicados se recomienda la sutura ósea con alambre de plata, y sólo en los casos muy difíciles es cuando algunos cirujanos hablan del concurso de un dentista hábil.

Leser no hace mérito de semejante concurso, ni tampoco de los aparatos de Suersen, Hann y Sauer. Cree que basta con colocar un trozo de corcho entre los dientes y con emplear la babera; también alaba la férula de gutapercha de Morel-Lavalle, indicando además la sutura ósea, como un medio que siempre dá resultados. Por lo mismo, no es extraño que le parezca excepcional obtener una reunión de la fractura, sin nada de dislocación. Hausmann, prescindiendo también del concurso del dentista, sigue empleando el antiguo método de extensión, que en mi entender es un tormento inútil.

A diferencia de estos autores, hay otros como Burbusek, que aconsejan la férula de caucho de Suersen, que yo también he empleado en muchos casos, con refuerzo de gutapercha. Partsch, aconseja, igualmente, los aparatos de férula de los dentistas; De Ruyte y Kirchhoff, las férulas interdentales; pero sobre todo Helferich, en su atlas de las fracturas traumáticas, reconoce las ventajas que el concurso de un dentista puede reportar al cirujano.

En la literatura odontológica se mencionan dos métodos muy diferentes, el de Sauer, ó sea el aparato que imita á las antiguas férulas de alambre y la férula interdental de caucho, que trata de fijar las partes sujetando íntimamente los dientes que han quedado y recubriéndolos si es preciso. El

(1) Primera del curso académico actual.

aparato de alambre de Sauer tiene muchos partidarios, sobre todo entre los cirujanos, porque pueden construirlo ellos mismos. Löhrs, de Heidelberg ha mejorado mucho las férulas metálicas, y todo el que se ocupe de trabajos de corona habrá de colocar éstas en los dientes que se presten á ello, unirlas con un alambre de oro y emplear este aparato, que está construído según el modelo de un trabajo de puente.

En las protesis de la mandíbula inferior que se colocan después de las operaciones practicadas en las mandíbulas, los aparatos metálicos dan muy buen resultado, según he podido comprobar personalmente. Gluck se expresa también en el mismo sentido. Yo espero que ahora que se han sustituído las férulas por coronas, los cirujanos ya no desdeñarán el concurso del dentista. Los defensores del método de Suersen reprochan á los aparatos metálicos el inconveniente de que ocasionan dolor, lo cual no sucede con los de caucho, que Hann califica el método más humano de todos. Verdad es que no se pueden negar los defectos de las férulas interdentales de que impiden examinar bien la herida y limpiar la boca, puesto que el aparato no debe quitarse en las primeras semanas. Yo espero que este defecto se remediará con mi procedimiento, puesto que rara vez recubro los dientes por completo; sólo se recubren las caras laterales dejando libres las superiores. Cuando se trata de una fractura del maxilar superior, la porción labial de la férula sólo está formada por alambre de oro, lo cual permite examinar mejor la superficie de fractura. Los aparatos construídos de este modo, con oro y caucho, pueden considerarse como una combinación de los métodos Suersen y Saüer.

Aquí presento un sujeto en el que conseguí por primera vez remediar el segundo de los defectos del aparato de Saüer, ó sea el de la antisepsia insuficiente. Este individuo había sufrido la fractura de la rama ascendente del maxilar inferior el año 1899, á consecuencia de haber chocado con dicho hueso la lanza de un carro. Mi ayudante destinaba este paciente á la Clínica quirúrgica, pero yo quise ensayar antes el empleo de la férula interdental, y, en efecto, obtuve de este modo una curación completa. La dislocación que producía el músculo pterigoideo-esterno era tal, que la parte respectiva era traída hacia adentro con las dos apófisis. Una presión ligera con los dedos, bastó para volver á colocar la apófisis articular en su fosa correspondiente. En la férula que rodeaba los dientes, dejé sobresalir un alambre de oro, que estaba envuelto en gutapercha, para evitar lesiones de la boca. De este modo se paralizaba también la contracción muscular unilateral, se permitía al paciente el uso con precauciones de su aparato masticador, y no se le impedía hablar. Como la fijación sólo se verificaba en una parte de la mandíbula fracturada, al tercer día ya pude quitar el aparato para practicar un lavado esmerado de la boca, tocar las encías con algodón en rama y volver á colocar la férula, sin que por esto se dislocaran en lo más mínimo las partes dislocadas. Al poco tiempo, el mismo individuo practicaba diariamente esta operación, teniendo con esto un aparato de contención movible, y obteniéndose al mismo tiempo una curación ideal de la fractura.

De la misma manera, y con igual éxito, he procedido en fracturas de otra especie, con lo cual es posible examinar la mandíbula por lo mismo que este hueso se diferencia de casi todos los demás en que no está cubierto de mús-

culos. La férula, siempre que se la aplica, asegura las partes en la posición que se desea, y como el enfermo deja de masticar y de hablar en el corto tiempo que se invierte en limpiar la cavidad bucal y el aparato mismo, se impide de este modo una nueva dislocación de las partes. Brandt aconseja sustituir la férula que se quita por otra, pero la colocación de esta segunda es difícil á causa de las pequeñas desviaciones de los dientes.

Aquí presento un propietario, de cuarenta y cinco años, que se cayó del coche, y que sufrió, á consecuencia de haber pasado el vehículo por encima de él, la fractura del maxilar en la región correspondiente al canino izquierdo, que fué necesario extraer. Este enfermo no se presentó en el Instituto odontológico hasta tres semanas después, habiendo rehusado antes dejarse hacer la sutura ósea que le habían propuesto en la Clínica quirúrgica. Existía en un grado muy marcado la dislocación que Helferich califica de típica. En vista de que por medio de presiones no se conseguía la reposición, hice tomar un molde de la parte dislocada, con lo cual se vino en conocimiento de la posición de los dientes, y se construyó una férula de caucho que sólo los cubría en su parte lateral. Esta férula se quitó al tercer día para limpiar la boca; y en vista de que se presentaba un tumor en la región de los molares, se la adelgazó con la lima. A los cinco días ya había aprendido el sujeto á ajustarse la férula, y á las cuatro semanas estaba completamente curado. En todo este tiempo no tuvo ningún dolor, y no sólo podía hablar sin molestia alguna, sino también tomar alimentos sólidos.

He de referir también el caso de una señora que, al caerse de un caballo, recibió un golpe en la cara y quedó sin sentido. Esta enferma fué llevada al Hospital Augusta, en donde se vió que además de las lesiones de la cara tenía una fractura complicada del maxilar superior, y una fractura de la rama derecha del maxilar inferior. En el primer hueso se habían roto la apófisis alveolar con los dientes, entre los dos incisivos, y por detrás del primer molar menor, así como la lámina de la apófisis palatina hasta la línea media de la porción ósea del paladar. En el maxilar inferior la fractura estaba situada entre el segundo premolar y el primer molar, y la porción posterior estaba atraída hacia arriba por virtud de la contracción muscular. Al tomar el molde se hicieron desaparecer las dislocaciones. La curación también fué perfecta. La ingestión de alimentos sólo las primeras semanas exigió algunas precauciones; mas después la enferma ya pudo tomar alimentos sólidos en la forma acostumbrada.

Este caso demuestra que mi método también es útil en las fracturas complicadas; y otra circunstancia que aboga en su favor es la posibilidad de preparar el aparato en muy poco tiempo. En un caso de que dí cuenta en las sesiones de la Sociedad alemana de Odontología, el aparato ya estaba completamente terminado á las cuatro horas de haberse sacado el molde; y aunque en este caso concurrieron circunstancias muy favorables, lo más que se tardará en cualquier otro será un día.

Aquí presento un aparato de urgencia, que en un caso que ocurrió hace veinte años en el Hospital de Neusterlitz, se terminó en dos horas, sin ser reemplazado después por otro definitivo, no obstante lo cual se obtuvo con él una curación completa al cabo de algunas semanas. Yo creo que cuando se cuenta con el concurso de un dentista, el aparato de urgencia más conve-

niente es el de Morel-Lavalle, ó sea con un refuerzo de alambre, pues es el que empleé con éxito en el caso que acabo de referir, en que se trataba de la fractura de la rama izquierda del maxilar inferior, producida por una coz. También este aparato se pudo quitar al tercer día para limpiarlo; mas, antes de colocarlo otra vez, había que sacar bien los dientes y calentar la cara interna del aparato, ó cubrirla con una capa delgada de gutapercha, para que se adhiriera á la apótisis alveolar.

Cuando Koenig, en su Tratado, da la preferencia todavía á la sutura ósea, porque no siempre será posible contar con el concurso de un dentista hábil, aduce una razón de poco valor, puesto que la preparación del aparato que yo he descrito es tan sencilla que la puede ejecutar cualquier dentista en muy poco tiempo y cerciorarse diariamente de que está bien colocado y de que presta buen servicio.

Con mi conferencia deseo contribuir á que el concurso de los dentistas no sólo se utilice en circunstancias excepcionales, sino también en las ordinarias y corrientes.

El Dr. V. Bermann: La terapéutica de las fracturas de las mandíbulas varía según las particularidades de cada caso. Los aparatos tan sencillos de Saüer, que no puedo menos de alabar, los pueden emplear los mismos cirujanos sin necesidad del dentista. Yo he tratado, juntamente con Hal, unos 60 casos, de los cuales 59 curaron sin dislocación. Las ventajas de este aparato son: su sencillez y la posibilidad de conseguir la antisépsia y la limpieza de la boca. Tienen el inconveniente de que comprimen las encías y, en cambio, los alambres las dejan completamente intactas. En la actualidad hay un caso en mi Clínica en que se presentaron inflamaciones y otras lesiones, con tal carácter de gravedad, que fué necesario practicar la traqueotomía. Tampoco son raros los casos, sobre todo en los cuarteles de caballería, en que la mandíbula inferior se rompe en menudos fragmentos, y en que, por lo tanto, hay que emplear procedimientos completamente distintos. Quedan además bastantes casos en que todavía conviene, á mi juicio, la sutura ósea: tal sucede cuando ya ha terminado la inflamación y se desprenden secuestros. De todos modos reconozco que, gracias á los dentistas, podemos emplear hoy los cirujanos, en la inmensa mayoría de los casos, un tratamiento eficaz, y en tal concepto, creo que los aparatos de Saüer aventajan con mucho á todos los demás.

El Dr. Warnekros: Con mi método se excluye la contingencia de la gingivitis.—R. del Valle.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 29 de Junio de 1900.

Resultados de la ventrofijación. — El Dr. Olshausen presenta una preparación procedente de una puérpera que falleció á los dieciséis días después del parto, á consecuencia de una embolia pulmonar. La preparación enseña que durante el embarazo, las adherencias formadas por la ventrofijación se van

estirando de modo que no estorban la preñez, y sin embargo, el útero permanece en su situación normal después del parto; mas este resultado se obtiene tan sólo con el método de ventrofijación del orador, que fija los ligamentos redondos mientras que después de la ventrofijación según el método de Czerny, parece que no son raros los trastornos considerables del embarazo.

Efecto de la operación de Alexander-Adams. — El Dr. Gebhard explica por medio de una preparación, que en la operación de Alexander-Adams, el efecto de tracción se consigue con tanta más seguridad cuanto más lateralmente se ponen tirantes los ligamentos redondos.

El Dr. Flaischlen dice que ciertamente el útero se eleva más, si los ligamentos redondos se estiran en dirección lateral, y Kocher opera según este principio; la fijación de los ligamentos en la dirección del conducto inguinal, fué introducida más tarde por Rumpf y otros; mas también en este procedimiento se empieza por tirar del ligamento en sentido lateral, fijándolo lo más arriba que sea posible en la aponeurosis, y sólo después, se le sutura á esta en dirección mediana. No cabe duda de que en el método de Alexander-Adams, poseemos un excelente procedimiento para curar definitivamente la retroflexión móvil del útero.

El Dr. Lehmann opina que el enderezamiento del útero por tirarse de los ligamentos redondos en el anillo inguinal externo, demuestra con respecto al enderezamiento espontáneo del útero retroflexionado grávido, que no está justificado el parecer de Chrobak, según el cual los ligamentos redondos, dada la dirección que siguen, no pueden contribuir al enderezamiento espontáneo.

El Dr. Emanuel pregunta al Dr. Lehmann cómo se figura que los ligamentos redondos se contraen activamente, siendo así que los músculos lisos que contienen son harto débiles para provocar una contracción de todo el ligamento redondo.

El Dr. Gottschalk hace constar que, fisiológicamente en la posición normal, los ligamentos redondos no se hallan en estado contraído, y por esto tampoco ejercen tracción cuando se repone el útero retroflexionado.

El Dr. Olshausen duda del efecto de la contracción de los ligamentos redondos en el enderezamiento del útero; la contracción no puede producir, siquiera aproximadamente, un acortamiento parecido al que se consigue por la operación.

Compresa termofórica. — El Dr. Opitz enseña una compresa termofórica de 32 cm por 20, de las que desde hace algún tiempo se emplean en la clínica de Olshausen para el tratamiento de las afecciones inflamatorias y dolorosas de los órganos pelvianos. Las observaciones en 52 pacientes, afectadas 17 de parametritis puerperal, 9 de perametritis no puerperal, 15 de salpingitis purulenta, 4 de hematocele y las restantes de varias otras dolencias, permiten un juicio favorable acerca de la utilidad del termóforo-compresa. Por su *rápido efecto calmante*, favorece la curación; como inconveniente puede considerarse la producción de una red de pigmento obscuro en la piel abdominal, y su peso (de 1250 g) puede molestar. Si durante la aplicación de la compresa se observa aumento de temperatura, se suspende su uso.

Vejiga femenina arreglada para la enseñanza de la cistoscopia. — El doctor Saniter enseña una vejiga de mujer que extirpó del cadáver junto con la uretra y parte de los uréteres, trató según Kaiserling, y conserva llena de la segunda disolución de dicho autor en la cantidad de 150 g, como se usa para la cistoscopia en la viva; así la vejiga no toma la forma esférica, sino que se distiende poco más ó menos como en la mujer viva. Este maniquí (*fantoma*) representando mejor las condiciones naturales, es muy apropiado para aprender la cistoscopia. La busca de los orificios uretéricos puede facilitarse introduciendo una sonda de fuera en los uréteres, por los cuales pueden también inyectarse líquidos para la observación de la fluctuación. Por la compresión digital pueden provocarse prominencias y por la tracción con la pinza estiramientos de la pared vesical. La móvil burbuja de aire en el vértice de la vejiga con su reflejo de luz, se observa perfectamente; como objeto de investigación, sobre todo para estudiar las relaciones de volumen, sirve un guijarro como un garbanzo que se introduce por la uretra teniendo otro de igual forma, volumen y color, fuera, para comparar. También se puede ejercitar en este maniquí el cateterismo de los uréteres, siendo fácil cerciorarse del buen éxito de la manipulación. Hace ya seis semanas que esta vejiga sirve y todavía se conserva perfectamente.

Fístula vésico-vaginal con inversión total de la vejiga. — El Dr. Mackenrodt presenta á una mujer de cincuenta y ocho años, que en su primer parto, hace treinta y cinco años, adquirió una enorme fístula, á través de la cual la vejiga salió por completo, viniendo á colocarse delante de la vulva como un prolapso total de la vagina. Desde entonces no salió por la uretra ni una gota de orina; el esfínter persiste en estado atrófico. A pesar de la fístula, la paciente tuvo otro parto y dos abortos.

Diagnóstico difícil. — El Dr. Mackenrodt refiere que una mujer de treinta y cinco años enfermó de repente de dolores de vientre y rápido decaimiento de las fuerzas; no había ninguna anomalía de menstruación ni de función intestinal. Al tercer día, el médico de cabecera diagnosticó un embarazo extrauterino y llamó á Mackenrodt para operar, estando la enferma intransportable. Este la encontró exhausta, pulso 180, vientre poco tenso, apenas sensible á la compresión; entre el ombligo y la sínfisis se percibía un tumor móvil, blando, del volumen de una cabeza de feto; en el fondo vaginal se tocaba una masa blanda, el útero en retroversión, el tumor encima del mismo, los anexos impalpables. Pocas horas antes había habido una abundante defecación. Se hace la laparotomía y en la incisión se presenta un tumor globoso, laxo, cianótico, de superficie lisa; al sacarlo, da más de una vuelta, hallándose estrangulado en el pedículo, el cual resultó ser la raiz del mesenterio, siendo el tumor el yeyuno conglutinado. Separadas las asas intestinales se hace la resección y reunión mediante botón. El intestino era perfectamente permeable, conteniendo materias fecales mezcladas con sangre y moco. Había, pues, una extensa necrosis intestinal producida por estrangulación del mesenterio, sin fenómenos de íleo. La paciente murió seis horas después de la operación.

El Dr. Steffeck dice que hace poco vió un caso casi idéntico. Una mujer estéril enfermó de repente de dolores intensísimos de vientre, después de tres meses de amenorrea. Encontrando á la paciente casi sin pulso, suma-

mente anémica, el vientre poco abultado, sumamente dolorido, hizo la laparotomía, saliendo por la incisión un convoluto de asas intestinales conglomeradas, de color obscuro. Después de desprender las adherencias que se hallaban en todas partes de la cavidad abdominal, encontráronse en la profundidad dos cordones sólidos que se dirigían del intestino delgado á la flexura sigmoidea. Por el intersticio, entre estas adherencias, había pasado el resto del intestino delgado, quedando estrangulado por completo. Cortado el anillo estrangulador, quedó en seguida libre el paso. La mujer murió á los tres días de creciente extenuación. El diagnóstico diferencial entre rotura de preñez tubaria é íleo agudo, puede á veces resultar imposible.

(*Centralblatt für Gynäkologie*).—G. Sentiñón.

SOCIEDAD OBSTETRICO-GINECOLÓGICA DE SAN PETERSBURGO

Sesión del día 4 *de Octubre de* 1900.

Tratamiento de los inomiomas uterinos por la dilatación de la matriz. — El Dr. Kakushkin expone el resultado de 23 observaciones clínicas y de lo que ha encontrado en la literatura del asunto. Aun cuando hace ya mucho tiempo que se emplea la dilatación de la matriz, todavía carecemos de datos bien fundados sobre su virtud curativa. Casi todos los autores hacen constar que obra como hemostático y calmante en los inomiomas, retardando su crecimiento y facilitando su absorción y hasta su enucleación espontánea. El material clínico acerca del empleo de esta operación para el tratamiento de los inomiomas, es muy escaso por su cantidad y calidad, pero basta para demostrar el efecto probable de la dilatación cruenta, mientras que la incruenta ha dado 28'5 por 100 de fracasos. Son pocos los ginecólogos que emplean esta operación por sí sola para el tratamiento de los inomiomas. La cesación de las hemorragias, la paralización del crecimiento de estos tumores, su transformación de intersticiales en submucosos, depende de las contracciones uterinas provocadas por la dilatación del cuello. La acción calmante de la dilatación del cuello es debida á la distensión y división de los nervios cervicales. La operación puede dar margen á la perforación de la pared uterina y á la gangrena de los tejidos, siendo condiciones favorables para esto las alteraciones anatómicas producidas por los inomiomas. Más á menudo está indicada la dilatación en los tumores pequeños y medianos que se desarrollan intraparietalmente. Como medio sintomático, se halla indicada la dilatación también en otros casos, cuando se puedan excluir las complicaciones señaladas. El mejor método para la dilatación después del cruento, es el rápido, mediante los dilatadores de Hegar. A veces puede convenir producir antes una pequeña dilatación con los cuerpos que se hinchan. En los casos en que conviene una hemostasia temporal, puede combinarse la dilatación rápida con el taponamiento intrauterino, mediante las tiras de gasa.

El profesor Zamshin refiere un caso de su clientela particular, en el cual se diagnosticó, en una enferma de cuarenta años que padecía abundantes hemorragias y fiebre desde mucho tiempo, hallándose por esto muy extenua-

da, un inomioma de la matriz con abultamiento de la misma hasta considerables dimensiones. El fondo de la matriz se hallaba á unos tres traveses de dedo por encima del ombligo. Para determinar la fuente de la fiebre y en vista de los resultados negativos de la terapéutica médica, se procedió al sondeo de la cavidad uterina, saliendo detrás de la sonda una pequeña cantidad de líquido moco-purulento. Buscando por esto la causa de la calentura en la cavidad de la matriz, se recurrió á los dilatadores de Hegar y la subsiguiente desinfección, mediante una disolución de sublimado introducida en parte con la sonda de Playfair, normalizándose la temperatura en pocos días, disminuyendo las pérdidas de sangre y mejorando en algunos meses con baños, irrigaciones vaginales frías y régimen nutritivo, el estado de la enferma hasta tal punto, que se puso robusta, y el tumor quedó reducido á la mitad. Un año después, Zamshin encontró que el tumor había continuado menguando, que la mujer tenía muy buen semblante y había aumentado su peso en 8 kilogramos. Hace un mes la volvió á ver, tres años y medio después de la primera visita, y la halló perfectamente sana.

El Profesor Ott, lamenta que Kakushkin haya malgastado su tiempo en un tema ingrato, reuniendo un material abigarrado que no justifica ninguna conclusión. En uno de los casos, por ejemplo, se hizo la dilatación, y cinco días después el legrado; quince días después no hubo hemorragia. Prescindiendo de que en los fibromiomas puede suceder que sin ningún tratamiento pasen quince días sin salida de sangre, queda dudoso á qué atribuir el buen resultado si lo hubo, ¿á la dilatación ó al legrado? Si la dilatación incruenta diera en efecto sólo 28'5 por 100 de fracasos, este método se habría conquistado un puesto que hoy no ocupa. Las consideraciones teóricas presentadas por varios autores para explicar el efecto favorable del método, son muy diversas y no se fundan en nada. Cada nueva explicación conduce á nueva confusión, y esto sucede también con las consideraciones de Kakushkin. También la previa dilatación con cuerpos hinchables antes de introducir las bujías de Hegar, parece arriesgado. En general, este método puede admitirse solamente como paliativo en manos de los que ejercen en lugares y villorrios. El caso del profesor Zamshin tampoco prueba nada. ¿Qué tiene que ver aquí el inomioma? La enferma tenía fiebre á consecuencia de una endometritis purulenta, la cual, por el estado de congestión, favorecía el crecimiento del tumor. Curada la infección, no solamente descendió la temperatura sino que también disminuyó la neoplasia.

El Dr. Kakushkin replica que estudiando los procedimientos quirúrgicos que se emplean en el tratamiento de los fibromiomas uterinos no podía dejar de mencionar también la dilatación de la matriz. No es culpa suya que el material que consta en la literatura sea tan heterogéneo y que por esto las conclusiones no sean del todo definidas. Con todo, hay que admitir que la dilatación de la matriz es á veces apropiada; por ejemplo, en las hemorragias abundantes la dilatación seguida de taponamiento es indudablemente útil, siquiera ínterin la enferma se traslade á algún punto donde pueda emprenderse un tratamiento radical.

Legrado uterino en el tratamiento de los inomiomas.—El Dr. Kakushkin resume el resultado de sus estudios de la literatura del asunto y de 107 casos de raspado de la matriz en los siguientes términos:

El legrado del útero inomiomatoso cuenta probablemente ya más de medio siglo, pero la aplicación consciente de la cucharilla en esta enfermedad, data tan sólo de fin del octavo y principio del noveno decenio de este siglo. Mas aunque este método sea de frecuente uso entre los ginecólogos, es muy escaso el material clínico publicado, tanto con respecto al número de casos como á su descripción detallada y detenida. Según la opinión reinante y los datos que se deducen de la revisión del material clínico, resulta que el legrado es un remedio sintomático que regula temporalmente las pérdidas de sangre y demás secreciones, reduce las dimensiones del útero y alivia las sensaciones dolorosas. Un resultado favorable del legrado del útero inomiomatoso se ha observado en 80'4 por 100 de los casos compilados; mas sólo en 23'4 por 100 de estos casos el éxito favorable puede calificarse de persistente por haberse sostenido al menos un año después de la operación; en 19'6 por 100 hubo recidiva de los síntomas durante el año, y en 37'4 por 100, la duración del efecto favorable no pudo determinarse por sustraerse los pacientes á la observación.

La operación fracasó en 13'2 por 100 de los casos, y en 4'7 se observó la descomposición del tumor, á consecuencia del legrado. La mortalidad fué cero. Las complicaciones desagradables más frecuentes inherentes al legrado, son la perforación de la pared uterina y la descomposición del tumor; este último inconveniente es exclusivo de los inomiomas submucosos. El material que consta actualmente no permite determinar las condiciones que producen tal ó cual éxito del legrado de la matriz inomiomatosa. La investigación microscópica de la mucosa uterina en estos casos, demuestra que la fuente de las hemorragias consiste en el desarrollo excesivo de la red de vasos sanguíneos en la mucosa, que puede presentarse hipertrófica ó atrófica. La posibilidad de quitarla toda con la legra, constituye la condición del éxito de este procedimiento en los inomiomas; mas cuando la mucosa está atrofiada, no se consigue este fin. La investigación microscópica de la mucosa ha demostrado que el buen éxito del legrado será tanto más seguro, cuanto más gruesa sea la capa que separa el tumor de la cavidad uterina, cuanto menos alterada sea ésta, cuanto menor el volumen y el número de los tumores. El legrado tiene su indicación en todas las edades, en los grados tempranos de la enfermedad, en el engrosamiento de la mucosa, cuando la cavidad uterina se halla moderadamente dilatada y poco alterada, cuando hay un solo tumor de poco volumen, cuando los tumores son intersticiales y cuando son subperitoneales. La mucosa de la matriz afectada de inomas, aun cuando se haya raspado radicalmente, puede regenerarse muy pronto, en unos pocos días; también puede repetirse el legrado. Mas aun en presencia de todas las condiciones favorables, es el raspado un medio muy inseguro para la curación de los inomiomas, y el buen éxito de la operación no garantiza su perdurabilidad. Antes de proceder al legrado es preciso explorar la cavidad uterina detenidamente y desinfectarla con esmero por medio del cateterismo, la dilatación y el lavado. Para aumentar la eficacia del legrado conviene someter la superficie raspada á la acción de disoluciones cauterizantes. En los casos de perforación de la pared uterina, con la cucharilla afilada, como también de descomposición séptica de la neoplasia, es indispensable la extirpación total de la matriz.

El profesor Ott, después de hacer constar el mérito de la comunicación del Dr. Kakushkin, haciendo hincapié en algunos de los datos allegados por el mismo, declara que no se puede conformar con la opinión de los que afirman que la alteración de las paredes uterinas por los inomiomas es análoga á la que produce el embarazo.— (*Vrach*).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Empleo local del extracto acuoso de la cápsula suprarenal. — El Dr. Lewis S. Somers resume los resultados de numerosos experimentos y de la observación clínica de 450 casos, en las proposiciones siguientes :

1.ª El extracto acuoso de cápsula suprarenal, es el medicamento más activo que conocemos entre los astringentes y constrictores vaso-motores.

2.ª Su acción es periférica, afecta directamente á las paredes de los vasos, y se limita á aquellas partes que han sufrido el contacto del medicamento.

3.ª No es tóxico ni irritante ; no ocasiona hábito patológico, y por lo tanto, puede emplearse varias veces en el mismo sujeto sin perder su eficacia.

4.ª Disminuye en grado considerable la acción tóxica de los anestésicos locales, fijándolos en el punto en que se han aplicado é impidiendo su absorción.

5.ª Como substancia de origen animal, se descompone fácilmente ; pero esto no perjudica su eficacia.

6.ª Aplicado á las mucosas obra primero como anemiante y después como constrictor, siendo también capaz de combatir una inflamación activa ó pasiva.

7.ª Su actividad no sufre quebranto por la cocción repetida, ni tampoco por la adición de ácido fénico, la cual permite la conservación indefinida de su disolución.

8.ª Impide una hemorragia primitiva y disminuye considerablemente el peligro de una hemorragia secundaria.

9.ª Sus efectos se inician á los veinte segundos, alcanza su máximum á los cinco minutos y persisten durante una á veinticuatro horas.

10.ª Eleva el tono de los tejidos, refuerza la acción de otras substancias y en especial la de la cocaína y disminuye la hinchazón post-operatoria.

11.ª Mantiene en ciertos límites el desarrollo demasiado exuberante de los mamelones carnosos, disminuye la secreción de la herida, y activa la curación de ésta. — (*Merk's Arch. of. the Mater. med*). — R. del Valle.

Hipertrofia mamaria. — El Dr. Jaime Darquier, refiere que el 23 de marzo de este año ingresó en el Hospital Pirovano de Buenos Aires, una mujer de treinta y cinco años, que dieciocho meses antes había notado que sus pechos iban aumentando de volumen poco á poco, hasta que en diciembre del año pasado, cesando la menstruación, el incremento fué rápido, produciendo una tensión dolorosa y obligando á la mujer á sostenerse los pechos con

las manos para poder caminar. La mama derecha tenía una circunferencia de 94 cm, diámetro transversal de 48, diámetro de grosor de 25 y distancia del pezón á la pared torácica 47; las dimensiones correspondientes de la mama izquierda eran 85, 42, 42 y 20 centímetros; el volumen se determinó en 15 cm³ de la mama derecha y 11 de la izquierda. Resultando infructuosas las tentativas de contener el crecimiento, se hizo la ablación de la mama derecha el 12 de abril; pesaba 13 kg. El 3 de julio se extirpó también la izquierda que pesaba 10 kg. El examen histológico demostró que se trataba de mastitis crónica fibrosa ó fibroma difuso de la mama. El autor hace constar, que en los Tratados de cirugía, no se mencionan más de 42 casos de hipertrofia mamaria (*Revista de la Sociedad médica argentina*, agosto 1900).

Un caso análogo fué observado en la Clínica ginecológica de Innsbruck por el Dr. Donati, tratándose de una joven casada de diecinueve años, embarazada de ocho meses, que ingresó en la Clínica por grave nefritis, la cual obligó á provocar el parto prematuro. Tres semanas después (5 de julio de este año), se procedió á examinar, medir y fotografiar los pechos que no daban ninguna secreción. La distancia de los pezones á la tercera costilla era de 28 cm á la derecha y de 29 á la izquierda; la de los mismos á la apófisis xifoide era de 22 y 21 cm; la mayor circunferencia de ambos pechos era de 46 cm, con un diámetro transversal de 23; los pechos alcanzaban á 2 centímetros por debajo del nivel umbilical. Las areolas, de 7 cm de diámetro eran poco pigmentadas; los pezones muy pequeños. Otra medición practicada dos semanas más tarde, dió las mismas dimensiones. La paciente dijo que siempre había tenido los pechos grandes, pero que después de la pubertad adquirieron rápidamente, en un mes y medio á dos, sus dimensiones exageradas, quedando luego estacionarios. Tratándose de una simple hipertrofia que no molestaba á la mujer en nada, se prescindió de toda terapéutica.

(*Centralblatt für Gynäkologie*). — G. Sentiñón.

Tratamiento del cáncer por la quinina.—El Dr. Jaboulay ha empleado con éxito la quinina en tres casos de cáncer. Un hombre de cuarenta y cinco años, padecía mixo-sarcoma de la región trocanteriana. En cinco años fué operado nueve veces. El tumor se reprodujo y fué considerado inoperable. El Dr. Jaboulay le hizo tomar al interior 2 gramos diarios de biclorhidrato de quinina en cuatro sellos. El tumor mejoró de una manera tan notable que nadie vacilará en extirpar sus restos. Los otros dos casos recayeron en mujeres de sesenta y cinco y cincuenta años. Padecían cáncer ulcerado de la parte infero-externa de la mama derecha. Había nacido, al parecer, en la piel y de ella se propagó á la glándula mamaria. La ulceración era tan profunda en una de estas enfermas, que cabía el puño. Se usaron sin éxito las inyecciones subcutáneas de calomelanos. Después se usó la quinina tópicamente y al interior. El éxito fué tan notable, que hoy sólo quedan dos ulcerillas en vías de curación.—(*Lyon médical*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CLÍNICA MÉDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

EL MAZAGRÁN CLORHÍDRICO EN LA FIEBRE TIFOIDEA

POR

D. RICARDO ROYO VILLANOVA

Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

SEÑORES: Aquella psicroterapia que Juhel-Renoy preconizaba sobre todos los tratamientos anti-eberthianos, y á pesar de la cual sucumbió el joven deontólogo, víctima de la tifoidea, apenas nombrado médico de los hospitales de París, es y será siempre una verdad clínica y la más racional de las terapéuticas tifoidófobas.

Frío por dentro y por fuera; sólo refrigerando curaréis una enfermedad, cuyo nombre tiene más importancia que su apellido y constituye la antonomasia de las enfermedades hipertérmicas. Decir fiebre ó fiebres, calentura ó calenturas, y médicos y profanos, los unos con conocimiento de causa, los otros sin ninguna clase de conocimiento, entenderán que se trata de un proceso de cierta duración; el más largo de entre los procesos agudos, con fenómenos de vientre, constante elevación de la temperatura sobre la normal, y que debe llamarse fiebre tifoidea.

Unos procurarán el enfriamiento por medicamentos que rebajan la temperatura por una acción químico-biológica (sales de quinina, salicilatos, antipirinas, dundoques, pambotanos, asaproles, etc.); otros buscarán el descenso térmico por remedios de acción físico-biológica (aire frío, alimentación fresca, sábanas mojadas en agua fría, cataplasmas frías, afusiones frías, riegos y baños á distintas temperaturas, desde 2° á 15° por debajo de la temperatura del enfer-

mo, pero siempre refrigerantes para aquél. Todo lo demás del tratamiento es puramente sintomático ó encaminado al tratamiento de las complicaciones, tanto menos posibles cuanto la temperatura es menor.

¡Qué pocas veces mata la lesión local en la tifoidea, y en cambio, cuántos síntomas nuevos y complicaciones viscerales trae consigo la hipertermia!

Por eso, la acepción de *dotienenteria* que ideó Bretonneau para designar la lesión de la enfermedad, no ha tenido éxito y queda siempre la acepción de *fiebre tifoidea*, con la cual se designa la enfermedad de la lesión.

El delirio, la cefalalgia, el subsalto de tendones, la adinamia, la ataxia (que es el colmo de la adinamia), el insomnio, la disnea, las congestiones pasivas de distintos órganos, la taquicardia, la anuria, etc., etc., obedecen á las formas hipertérmicas y no á la de mayores lesiones intestinales.

Es más, hasta los síntomas gastro-intestinales que parece debían relacionarse más con el estado local (úleras del intestino) que con el estado general (fiebre), obedecen más á las temperaturas elevadas que á las ulceraciones múltiples, profundas ó extensas. La inapetencia, la sed, el mal gusto de boca, la sequedad de las fauces, la hipoclorhídria, las náuseas, los vómitos, sobrevienen principalmente en la segunda ó tercer semana, cuando la fiebre es mayor y la intoxicación general se añade y domina á las lesiones locales.

Más todavía, la diarrea, la melena y el timpanismo, son fenómenos de infección toxémica, y la calidad y el número de las deposiciones como las hemorragias intestinales y el meteorismo, no guardan relación con las lesiones locales, sino con la extremada fluidez de la sangre y la intoxicación nerviosa, explicando aquélla la facilidad de la extravasación del suero sanguíneo (diarrea) ó de la misma sangre (melena), que, por otra parte, fluye más á menudo por la nariz (epistaxis), y con tanta frecuencia por los bronquios (hemoptisis), ó por el riñón (hematuria), mientras que la profunda adinamia y abatimiento nervioso, paralizando el peristaltismo intestinal, permite la salida de lo que pesa más (diarrea) y el acúmulo de lo que pesa menos, y por consiguiente, necesita para su expulsión de la ayuda de los movimientos intestinales (meteorismo).

Por eso, los gases que la hipoclorhídria permite producir, la atonía impide expulsar, y la timpanización del vientre, queda un fenómeno local en apariencia, pero general, tóxico, hipertérmico en realidad.

Pero hay más aún, y es que el exceso de temperatura no sólo fluidifica la sangre por descomposición de sus elementos plásticos, sino que disminuye las secreciones por evaporación de sus elementos líquidos y trastorna la estructura de todos los tejidos y parénquimas, endureciendo lo mineral, reblandeciendo lo celular y evaporando lo humoral de su compleja histología, realizando un proceso mixto, desigual y alternativo de induración y reblandecimiento, pues el mismo calor que calcina las sales, fijándolas, espiritualiza el agua, evaporándola, ablanda la cera y endurece el lienzo.

El exceso de temperatura, haciendo más frágiles los tejidos sólidos y más fluídos los líquidos, favorece las hemorragias, las congestiones, los remansos, las coagulaciones, la sequedad en general, que tan mal se aviene con lo que tiene que vivir, y disminuyendo las resistencias orgánicas, facilita la auto-infección, principal motivo, causa y fundamento de las complicaciones.

Porque hay que tener en cuenta que todas esas llamadas localizaciones cerebrales, pulmonares, cardíacas, renales, hepáticas, etcétera, y que antes constituían los cerebro-tifus, pneumotifus, etc., no son tales localizaciones tifoideas, y que el bacilo de Eberth no es el responsable de las meningitis, pulmonías, miocarditis, nefritis, abscesos, etc., que sobrevienen durante el curso de la fiebre tifoidea, sino que el exceso de temperatura, entre otras cosas, disminuyendo, como he dicho, las resistencias que los órganos presentan de ordinario á las bacterias saprógenas, se dejan invadir por éstas, y el estreptococo, el estafilococo, el pneumococo, el colibacilo y el pneumobacilo, que en estado normal no osaron ninguna intentona morbígena, aprovechan el río revuelto de una infección previa para conseguir su parte en el botín, produciendo pulmonías, bronco-pneumonías, carditis, etc.; porque las bacterias son como los gatos y como los tiburones, que viven de los descuidos, y, siempre en acecho, para una vez que desbalijan, mil no hacen más que recoger lo que dejáis abandonado ó por olvido ó por negligencia, y más que de ladrones de camino tienen de los que *aprovechan la ausencia de los dueños*.

Todavía más, para ponderar la importancia superior de la fiebre tifoidea sobre la dotienentería en la infección eberthiana; la peritonitis que puede presentarse en el curso de la enfermedad es casi siempre de bacilo coli y casi nunca de bacilo de Eberth, pero además es casi siempre por transmigración linfática y casi nunca por perforación. En nuestras autopsias así lo hemos comprobado, y por lo demás, la teoría del aumento de la virulencia y del poder transmigra-

dor de los microbios en vasos cerrados, que tanta influencia han ejercido en la moderna patogenia de las complicaciones de las otitis medias, apendicitis, angiocolitis y pielitis, han hecho partícipes de este juicio, profesado por mí desde muy antiguo, á la mayoría de los clínicos No hay que insistir más para explicarse el favor de que al presente goza la psicroterapia ó medicación por el frío.

Enfriar, eliminar, tonificar, he aquí lo que debemos proponernos en el tifoideo; con ello acortaremos el proceso, evitaremos complicaciones y le quitaremos intensidad, y ya sabemos cuán fácilmente se curan las tifoideas simples, cortas y moderadas. Los baños fríos, la antisepsia intestinal y la quinina, en distintas ponderaciones, van encaminadas á este fin, eficazmente ayudados por el reposo en el lecho, la ventilación en un dormitorio espacioso y la alimentación líquida.

Nada hemos de oponer á todas estas prácticas, pero nos parece que los clínicos hablan con cierto desdén de la bebida usual en los tifoideos, los cuales con tanta insistencia reclaman el humedecimiento de sus fauces y de sus mucosas en general. El agua clara, el agua de limón ó de naranja endulzada con distintos jarabes, la substancia de pan ó agua *panada*, que *para nada* sirve, han sido recomendadas indiferentemente y sin insistir. Los más cuidadosos reclaman sólo una condición: que la bebida que se adopte sea fresca. A lo demás no le dan importancia.

Pues bien, yo creo que la tiene muy grande, y por eso dedico á este asunto mi lección de hoy, aprovechando la estancia en la Clínica de cuatro tifoideos, representantes en nuestras salas de la actual epidemización de la fiebre tifoidea endémica y constante en nuestra ciudad.

No es indiferente que el tifoideo use una ú otra bebida, y no basta la potabilidad y limpieza del líquido para que éste reuna todas las condiciones necesarias al objeto.

Nada de lo que se recomienda á los tifoideos como bebida usual me satisface. Calmar la sed é hidratar los tejidos del organismo para combatir la sequedad de las fauces, y favorecer la disolución y eliminación de venenos, no es bastante.

El *desideratum* sería dar al interior, como bebida á pasto, algo que hiciese por dentro lo que tan á maravilla hacen por fuera los baños fríos, y aun algo más si es posible.

Ahora bien; ¿hacen, ni siquiera tanto, el agua ordinaria, la filtrada, la hervida, la dulce, la ácida ó la panada? Ciertamente que no.

Por eso las desecho todas, y en su lugar vengo dando, de muchos años á esta parte, á mis enfermos tifoideos y aun á los infecciosos agudos en general, una bebida vulgar, conocidísima y muy usada en los cafés, casinos y cervecerías, donde se conoce con el nombre de *mazagrán*, sólo que prefiero lo que nuestros escritores festivos llamarían un mazagrán *ilustrado*, ó *corregido* y *aumentado*, hablando en lenguaje editorial.

Este mazagrán de los cafés se compone de agua común fresca, una chorradita de café, un poco de azúcar, unas gotas de *cognac* ó ron, y según el gusto del parroquiano ó la munificencia del cafetero, de una rodaja de limón, que, flotando en la ancha copa, aromatiza, acidula y refrigera el líquido.

Este líquido ya de por sí es superior á todos los anteriormente citados para bebida de los tifoideos; pero si se tiene cuidado de elegir bien los componentes, añadir otro, modificar alguno y alternar el uso de dos de ellos, se obtiene lo que yo denomino *mazagrán clorhídrico*, que reune las condiciones apetecidas, y que si en punto á intensidad de beneficios no es tan superior su uso como el de los baños fríos, en cuanto al número de buenos efectos es superior á la psicroterapia externa, y de todos modos constituye su más poderoso auxiliar.

El baño frío lava la piel, roba temperatura, favorece las eliminaciones, aumenta la diuresis, tonifica el corazón, regulariza la respiración y la circulación, calma el sistema nervioso, favorece el sueño, en una palabra, entona y vigoriza al organismo, regularizando todas sus funciones, y acorta y simplifica la evolución de la enfermedad rebajando la cifra térmica, evitando los éxtasis sanguíneos y ahuyentando las complicaciones.

Pues bien; el mazagrán clorhídrico, como bebida usual, hace todo esto, aunque en menor escala; pero además tiene un poder antiséptico negativo y positivo á la vez, impidiendo el ingreso de nuevos gérmenes patógenos y atacando á los que ya existen en el ambiente gastro-intestinal.

El mazagrán clorhídrico debe prepararse dos veces al día con agua filtrada por porcelana de amianto, café recién hecho, azúcar pilón ó cortadillo, cognac cuando no haya diarrea y ron cuando la diarrea exista, zumo ó jugo de limón, y solución clorhídrica al 3 por 100.

¿Por qué estos componentes?

¿Con cuál objeto aquellos requisitos?

¿En qué proporciones las distintas substancias?

¿A qué temperatura?

¿En qué cantidad durante las veinticuatro horas?

El agua, sosteniendo el equilibrio hidráulico perturbado por la temperatura y la diarrea, dando escipiente á las toxinas, siendo vector de los residuos venenosos, sosteniendo la tensión vascular, humedeciendo las mucosas, haciendo el baldeo de los epitelios, hidratando los parénquimas y sosteniendo la línea curva, la superficie convexa y la forma esférica, que son la forma, la superficie y la línea de la vida, como la recta, lo plano y lo anguloso es la línea, la superficie y la forma de la muerte, por lo cual aquéllas se dan en los reinos vegetal y animal, y éstas en lo mineral, por la sencilla razón de que lo orgánico y lo vivo se aviene con el agua, y lo inorgánico y lo muerto la repele; el agua, favoreciendo las secreciones y las excreciones, tiene un papel de primer orden en el tratamiento interno de la fiebre tifoidea.

El café vigoriza el corazón, aumenta la presión arterial, disminuye la tensión venosa, combate la adinamia, ahorra fuerzas y energías al organismo, tonificando y favoreciendo todavía más la diuresis aguda, y mejora los efectos del agua.

El azúcar, dulcificando la bebida con su triple acción sobre el paladar, sobre la diálisis y sobre la conservación de los tejidos, facilita la ingestión de gran cantidad de líquido, favorece las secreciones y se opone á las fermentaciones pútridas.

El cognac y el ron, con su fuerza alcohólica, tonifican el organismo, rebajan la temperatura, activan la circulación, favorecen las reacciones intra-orgánicas y convierten la bebida usual en una poción de Todd.

El limón, con el supercitrato de potasa de su jugo, hace más agradable la bebida, refresca con más intensidad, y por este medio indirecto y por el directo de su sal ácida, aumenta la cantidad de orina, facilita las secreciones y promueve el sudor.

Por último, el ácido clorhídrico subviene á la necesidad que reclama el catarro gástrico que acompaña á todo estado infeccioso, y particularmente al de la fiebre tifoidea, donde la disminución del ácido clorhídrico y la dilatación del estómago, que tanto favorecen, según Bouchard, á la presentación de la dotienenteria, mantienen un ambiente gastro-intestinal que favorece la prolongación de la tifoidea, constituyendo además un constante cultivo bacteriano, no sólo del bacilo de Eberth, sino de otras bacterias sapro-patógenas.

Por eso el ácido clorhídrico de nuestro mazagrán, con su doble indiscutible función eupéptica y antiséptica, combate la inapetencia, humedece el paladar, excita la secreción de la saliva, limpia la lengua, facilita la digestión, impide las flatulencias, náuseas y vómitos; corrige la diarrea y combate con más eficacia que todos los antisépticos usados la infección gastro-intestinal.

La feliz ponderación de estos componentes, constituye una bebida agradable y altamente beneficiosa.

Aconsejamos el uso del agua filtrada por porcelana de amianto, porque tal y como se coge en las fuentes públicas en todo tiempo, pero, sobre todo, en época de recrudecimiento tifoideo puede llevar y lleva, desde luego, gérmenes bacterianos que continúan la infección eberthiana ó añaden otra infección á la tifoidea existente, y como el agua hervida, si bien pierde su acción microbiana, pierde también su potabilidad, y el agua filtrada por arena, piedra ó papel si bien se aclara y purifica mucho, puede conservar los agentes patógenos en cantidades enormes, aconsejamos para evitar aquellos inconvenientes y acentuar los beneficios de la clarificación, el filtro de porcelana de amianto que retiene con gran cantidad de impurezas considerable número de bacterias dando un agua aséptica, si no desde el punto de vista micrográfico, sí desde el positivismo de la clínica, según he podido comprobar en mi clientela, la cual, siguiendo mi consejo riguroso y exclusivo de hacer uso del agua filtrada por la porcelana de amianto, se ha visto libre de la fiebre tifoidea en época en la cual he visto algunos tifoideos en consulta y he oído referir á compañeros, múltiples casos de aquella infección.

Prefiero que se haga el café al prepararse el mazagrán, porque además de conservar su aroma, asegura la limpieza y antisepsia de la infusión que de otro modo puede ensuciarse, hacerse rancia y llenarse de bacterias.

El café debe hacerse dos veces al día para preparar el mazagrán de la mañana y el de la noche.

El azúcar debe ser de pilón ó cortadillo para evitar las sofisticaciones del comercio acostumbrado á robar no solamente en el peso, sino en la calidad de este producto, mezclando cal, yeso y otros productos de cuya sofisticación es susceptible el azúcar molido y no el azúcar en terrón.

En vez del cognac, debe usarse el ron cuando hay diarrea, porque es sabido que el bouquet especial de este licor se debe á los recortes de suela nueva y toma de ella gran cantidad del tanino del curtido,

cuyo tanino, como antiséptico y como astringente, ejercerá una doble acción beneficiosa en la dotienentería.

Del limón debe usarse el jugo fresco en vez del conservado y de las rodajas enteras por razones asépticas, en las cuales no hay que insistir.

El ácido clorhídrico debe emplearse en la solución del 3 por 100 en vez de puro, para su mejor dosificación y fácil manejo.

Las proporciones de estos componentes deben ser para cada vaso de agua, dos dedos de café, tres cortadillos de azúcar, una cucharada grande de ron ó cognac, cinco ó seis gotas de limón y una cucharada grande de la solución clorhídrica al 3 por 100.

La temperatura de 6 ú 8°, obtenida por refrigeración exterior con hielo y sal común ó teniéndola en bodegas ó puntos frescos.

La cantidad que debe consumirse en las veinticuatro horas, variará con la sed, fiebre, diarrea y sudores del enfermo, pero en ningún caso bajará de medio litro.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Estadísticas que demuestran el aumento de la frecuencia del cáncer. — II. Influencia recíproca de la vacuna y de la viruela. — III. La amígdala como puerta de entrada de la tuberculosis. — IV. La fiebre aftosa en el hombre. — V. La tuberculosis en París (1899). — VI. Transporte de enfermos contagiosos en los ferrocarriles alemanes. — VII. La viruela en Lyon: algunos datos en pro de la vacunación obligatoria. — VIII. Lesiones en la muerte por el frío. — IX. El electrozono como desinfectante. — X Contra la degeneración del hombre. — XI. La prostitución y la degeneración.

I. Reiche (*Deutsche med. Wochens.*, 1900) expone un hermoso trabajo estadístico sobre la creciente frecuencia del cáncer en Hamburgo, trabajo que concuerda con los publicados por Roger Williams respeto á Inglaterra. Romme aprovecha todos estos datos (*Presse médicale*), y reproduce los siguientes cuadros:

INGLATERRA

AÑOS	Muertos de cáncer por cada 1.000.000 de habitantes.	Relación entre el número de cancerosos y el de la población general.	Relación entre la mortalidad por cáncer y la mortalidad general.
1840	177	1 : 5 646	1 : 129
1850	279	1 : 3.579	1 : 14
1855	319	1 : 3.129	1 : 70
1860	343	1 : 2 915	1 : 60
1865	372	1 : 2.670	1 : 62
1870	424	1 : 2.361	1 : 54
1875	471	1 : 2 121	1 : 48
1880	502	1 : 1.946	1 : 40
1881	520	1 : 1.918	1 : 36
1882	532	1 : 1.879	1 : 36
1883	546	1 : 1.763	1 : 35
1884	559	1 : 1.786	1 : 35
1885	566	1 : 1.767	1 : 33
1886	583	1 : 1.715	1 : 33
1887	606	1 : 1.650	1 : 31
1888	610	1 : 1.635	1 . 29
1889	643	1 : 1 555	1 : 27
1890	676	1 : 1.480	1 : 28
1891	692	1 : 1.445	1 : 29
1892	690	1 : 1.445	1 : 27
1893	711	1 : 1.407	1 : 27
1894	713	1 : 1 403	1 : 23
1895	755	1 : 1 324	1 : 24
1896	764	1 : 1.306	1 : 22

Estas cifras son elocuentísimas.

HAMBURGO

AÑOS	Número de casos de muerte por cáncer.	AÑOS	Número de casos de muerte por cáncer.
1872	248	1886	485
1873	233	1887	487
1874	289	1888	483
1875	294	1889	464
1876	291	1890	518
1877	307	1891	552
1878	326	1892	503
1879	342	1893	548
1880	334	1894	537
1881	349	1895	613
1882	393	1896	610
1883	429	1897	691
1884	453	1898	712
1885	440		

Es decir, ha triplicado desde 1872 el número de cancerosos muertos, mientras que la población no ha hecho más que duplicarse (de 346.210 á 727.860 habitantes).

Atribuye Williams esta mayor frecuencia á una vida menos activa, á la alimentación más abundante, y sobre todo á comer mucha carne. Hasta cierto punto, da la razón á Williams la siguiente estadística de Reiche, en la que han sido establecidas las edades:

EDAD	MORTALIDAD POR CÁNCER EN CADA 100 VIVOS		
	1872-1880	1881-1889	1890-1898
De 1 á 15 años	0'01	0'01	»
15 á 20 »	0'01	0'01	0'01
20 á 25 »	0 03	0'02	0'02
25 á 30 »	0'07	0 09	0'09
30 á 35 »	0'22	0'24	0'22
35 á 40 »	0'50	0'58	0'52
40 á 45 »	0'94	1'05	1'2
45 á 50 »	1'6	1'8	2'0
50 á 55 »	2'2	2'6	3'1
55 á 60 »	3'3	3'8	4'2
60 á 65 »	4'2	5'3	5'2
65 á 70 »	5'6	7'5	6'7
70 á 75 »	6'2	7'1	7'1
75 á 80 »	6'1	7'7	7'8
80 á 85 »	4'9	6'3	6'7
85 á 90 »	4'6	5'1	4'2
90 en adelante	1'29	1'19	9 0

Esta estadística demuestra que la mortalidad aumenta desde los cuarenta años.

II. Aprovechando la epidemia de viruela de este año, C. Bonnard ha hecho estudios en Lyon sobre la influencia de la vacuna en la evolución de la viruela (*Thèse de Lyon*).

En su concepto, es del todo nulo el método preconizado por Furley y Kotowhtckikow, que consiste en vacunar diariamente á los variolosos desde el período de invasión ó de erupción.

Respecto á la influencia recíproca de una y otra cuando evolucionan simultáneamente, como ocurre vacunando en el período de incubación, toda vez que el de la vacuna es más corto, resulta que ésta ejerce cierta inmunidad en relación con los días en que obra: si el intervalo entre la inoculación y la aparición de los primeros síntomas de la viruela es de cuatro días, la acción es nula; si de cinco á ocho, es ligera, y de nueve en adelante queda la viruela muy atenuada.

Bonnard no ha observado caso alguno de *viruela hemorrágica*, forma que para varios autores es la principal, si no la única, causa de muerte en los vacunados que enferman de la viruela; pero recoge datos del importante trabajo de Arnaud, de Marsella. De 800 enfermos (1891-96), hubo 63 viruelas hemorrágicas: curaron 7, de ellos 6 no vacunados. La misma observación ha hecho Coste. De estos 63 casos, había 29 vacunados, 27 no vacunados y 7 dudosos; los vacunados no fueron los que escaparon mejor; pero tal vez esto dependa de la antigüedad de la vacunación ó de taras patológicas individuales que favorezcan el desarrollo de una viruela maligna En cuanto á dicha antigüedad, demuestra la estadística que la forma hemorrágica no se presenta antes de los quince años más que en los no vacunados; después va aumentando poco á poco en los inoculados, á medida que mengua la inmunidad: 23 por 100 de veinte á veinticinco años, 52 por 100 de veinticinco á treinta, 62 por 100 de treinta á cuarenta, y 72 por 100 de cuarenta en adelante. Esto prueba el poder inmunizante que cesa con el tiempo ó por insuficiente impregnación (*Journal de Méd. et de Chir. practiques*, 1900).

III. Comunicó Dieulafoy á la Academia de Medicina de París (1895) que la tuberculosis larvada de la amígdala era muy frecuente: 15 veces en 96 casos. Después se ha fijado esta cifra exagerada, quedando sólo 2 ó 3 por 100. Lermoyez ha estudiado con detención este punto debatible, y su alumno Baup ha reunido datos interesantes en su Tesis (París, 1900, *Les amygdales porte d'entrée de la tuberculose*).

Acepta desde luego, si bien es rara, la tuberculosis amigdalina primitiva, ya en forma de tubérculos típicos, ya de infiltración difusa. Los bacilos de Koch son raros. Aun cuando algunos autores aceptan una mayor proporción, el caso no es tan frecuente como creía Dieulafoy.

Sea como quiera, la amígdala es una puerta de entrada, hecho que ha comprobado experimentalmente, y desde ella el bacilo va con facilidad á los ganglios cervicales y puede generalizarse.

Todo esto enseña que se debe cuidar mucho á los hijos de tuberculosos cuyas tonsilas están á menudo hipertrofiadas, y que toda lesión de las amígdalas debe ser muy vigilada, en especial en las escuelas, talleres, cuarteles y hospitales. Varios hechos comprueban estas ideas (*Id. id.*).

IV. La epidemia de fiebre aftosa (*cocotte*), que ha hecho grandes daños en Francia durante este año, ha servido á Vialle de material para su Tesis (Toulouse, 1900. *La fièvre aphtheuse chez l'homme*).

Cita casos de contagio de los animales al hombre, contagio frecuente; por lo mismo, le parece que la fiebre aftosa humana es más común de lo que se cree. Esta estomatitis aftosa procede, sobre todo, de la leche de vaca infectada, hecho hoy bien demostrado; Siegel describe una epidemia que duró varios años en Britz, y que ocasionó otra de estomatitis en la población; hubo 300 casos con 36 muertos (artículo traducido por los *Archives de Méd.*, 1892).

Define esta enfermedad: afección caracterizada por el desarrollo en la mucosa bucal de vesículas llenas de un líquido seroso, que se rompen y dan lugar á úlceras. Generalmente se inicia con fiebre poco intensa y hay calor y sequedad en la boca y sed viva, así como inapetencia y á las veces diarrea en los niños. En otras ocasiones sólo existe la erupción.

Algunos enfermos tuvieron sialorrea abundante, infarto doloroso de los ganglios submaxilares, y por inoculaciones consecutivas onixis, y una especie de exantema vesiculoso análogo á la viruela.

Existe una forma confluente, grave, que mata pronto con fenómenos ataxo-adinámicos. Hay otra de brotes sucesivos (Damaschino), verdaderas recidivas.

Se ve, pues, que el padecimiento es esencialmente el mismo en los animales y en el hombre (*Id.*, *id.*).

V. La tuberculosis en París, durante 1899, ha matado á 12.314. El total de fallecimientos fué de 46.988 y la población es de 2.511.629. Respecto á la edad, resulta: de 1 á 20 años hubo 37'2 muertos de tuberculosis por cada 100 óbitos; de 20 á 40, 60'2; de 40 á 60, 30'5; y de más de 60, 3'3. Es decir, que en el máximum de plenitud orgánica, de los 20 á los 40 años, casi las dos terceras partes de los fallecidos son tuberculosos (*Lyon médical*).

VI. El Gobierno alemán ha dictado varias reglas sobre el transporte de contagiosos por los ferrocarriles:

Los variolosos, tifosos (petequial), diftéricos, escarlatinosos, coléricos, leprosos, serán transportados en un coche especial.

Los sarampionosos, coqueluchosos ó disentéricos, serán transportados en un compartimiento especial con excusado reservado.

Los pestosos no pueden ser transportados.

Los simplemente sospechosos serán conducidos en armonía con lo que exprese el certificado médico de que deben ir provistos.

En fin, los que por afección visible ó por otro motivo puedan molestar á los otros viajeros, serán conducidos en un departamento especial, si lo pagan y si lo hay en la estación.

VII. Por motivos incalificables, el Prefecto de Lyon tenía orden de tranquilizar al pueblo, respecto á la persistente y seria epidemia de viruelas. Consecuencias:

1.ª Se abandonó la vacunación; 2.ª, recrudescencia de la viruela, á pesar del aislamiento y desinfección, especialmente en la orilla izquierda del Ródano y en el barrio industrial del Saona. En una semana entran 70 atacados en los hospitales, estando los no vacunados en la proporción de 90 por 100 y no habiendo ningún revacunado. En una casa hubo 27 casos; y como éste, otros lamentables episodios.

Ante tal situación, Lortet, en la *Soc. de méd. de Lyon*, ha hablado claro y fuerte, con tanto más motivo cuanto que hay animadversión á la vacuna. Recuerda que en Francia mueren de viruela anualmente 35 individuos por cada 100.000; en Alemania, sólo 0'4 (vacunación obligatoria); en Austria, 54, y en Suiza 0'8. Después del *año terrible*, había en Francia 12.000 casos anuales y en Alemania 110. Durante la guerra de 1870, sucumbieron á la viruela 33 000 soldados franceses; si hubiera otra guerra, pasaría lo mismo, pues no se revacuna. Los americanos han acabado con la epidemia de Puerto Rico obligando á la vacunación.

Deduce Lortet que debe imponerse la inoculación profiláctica por los poderes públicos, proporción que acepta la Sociedad con un aditamento de Lépine: «la vacuna animal no ofrece en absoluto peligro alguno» (*Gaz. des hôp.*, 1900).

VIII. Della Rovere (*Alterazioni istopatologiche nella morte per freddo.— Rivista sperimentali di Freniatria*, 1900) somete varias ratas blancas á una temperatura de—7° á—10° hasta conseguir la muerte, y examina las lesiones de la corteza cerebral, encontrando cromatolisis de la célula nerviosa.

En los núcleos de la base y en los cuerpos bigéminos halla degeneración de la substancia cromática del protoplasma de las células ganglionares y alteraciones de los núcleos, que deben estar en relación con la termogénesis.

Los núcleos pierden su forma, se fragmenta la substancia cromática, que se dispone en forma de rosario alrededor del núcleo.

Estos trastornos, más ó menos acentuados en unas regiones que en otras, hacen decir al autor que los centros y las vías motoras son menos sensibles al frío que los sensitivos. La debatida congestión cerebral ha sido constante, así como la de todas las vísceras, tanto más cuanto más rápida es la muerte. Ha visto, además, degenera-

ción grasosa y turbia del riñón y del hígado y ligera degeneración turbia del páncreas. No hay albuminuria.

En concepto del autor, la muerte es debida á las alteraciones de los elementos celulares más importantes del sistema nervioso, que producen la parálisis del aparato motor y después la de la inervación cardíaca y la del centro respiratorio.

IX. En *El Progreso médico*, de la Habana (1900), publica el doctor Arístides Agramonte un trabajo sobre el desinfectante denominado *electrozono* (*El poder desinfectante del electrozono, con especial referencia al que se viene usando en la ciudad de la Habana*). Da cuenta en él de los estudios que hizo en unión del comandante Walter Reed, cirujano del ejército norte-americano, que con ese único objeto llegó de Washington en marzo último. El producto había sido llevado el año anterior, la vez primera, por Davis, entonces jefe de Sanidad.

Es un líquido amarillento, de olor fuerte de cloro, de densidad 1'004, ligeramente alcalino y se prepara haciendo pasar una corriente eléctrica de muchos amperios (3000 ó más) y poca tensión (10 ó 12 volts), á través de agua marina ó una solución salada ; por descomposición electrolítica se forman hipocloritos y queda cloro libre. Pertenece, pues, este cuerpo al grupo de los clóricos, como el licor de Labarraque, el cloruro cálcico, el clorozono y, sobre todo, la llamada *hermitina*, todos los cuales obran por el *cloro disponible* (libre ó en forma de hipocloritos), y como todos ellos es de acción variable, no sólo por la especie, edad y medio de las bacterias, sino por el modo y tiempo de desprenderse el cloro y por la cantidad que haya de éste y la que actúe en un momento dado. A mayor abundamiento, el electrozono es en sí mismo variable, como variables son la energía eléctrica utilizable y los componentes de la solución salina. Estas variaciones han dado en la Habana, como los darán siempre en todas partes, resultados diversos y hasta contradictorios.

En concepto del Sr. Agramonte es bueno aquel desinfectante, que proporciona 0'25 por 100 de cloro, cantidad que se obtiene con 155 granos de hipoclorito por galón (el autor, no hay que decirlo, recurre á otras medidas que las decimales). Cuando él pedía á la fábrica electrozono, esta proporción era justa ; pero cuando lo tomaba directamente de los depósitos de distribución, rara vez llegaba al 0'16 por 100 (100 granos de hipoclorito por galón) ; y así ocurrirá siempre con todos los desinfectantes gaseosos, por bien conservados que estén, en cuanto tengan medio de difundirse, y no tardan en dar con él. En botellas bien cerradas y lacradas ha encontrado cantidades

muy distintas de hipocloritos (de 68'2 á 281 granos por galón), y de cloro disponible, al destaparlas (0'319 á 0'102), á las pocas horas (de 2 á 20). Tal vez, aparte de la difusión, intervenga en tantas variabilidades la reintegración parcial de los componentes primitivos.

El electrozono, fabricado con agua del mar tomada en el baluarte de la Punta, en donde está situada la fábrica, destruye bien las bacterias, poniendo partes iguales de cultivo y de desinfectantes, por regla general, en una hora. En cambio, una cantidad cuatro veces mayor no basta, ni con mucho, para esterilizar 100 gramos de materias fecales.

Con este producto se riegan las calles de la Habana, se limpian las habitaciones infectadas, se intentaba desinfectar las cloacas.....

Ha costado la fábrica más de 75.000 duros, y gasta diariamente unos 40. Está mal instalada, el producto es muy variable y todavía se le tiene en depósitos al descubierto, etc.

Paréceme que es mucho dinero, y no hablo de otros inconvenientes más atendibles, los inconvenientes bien sabidos del cloro, para empleado en un producto infiel, molesto, á las veces nocivo, y en todo caso usable, si ha de servir, en proporciones colosales.

X. Hegar, el célebre cirujano, para ir de frente contra la degeneración, ha presentado á las Cámaras alemanas el siguiente proyecto de ley: «Se prohibe contraer matrimonio á toda persona afectada de un vicio de conformación, de una invalidez, de una enfermedad ó afección de la sangre, siempre que pueda resultar de ello estigmas graves y persistentes para la descendencia de esta persona». El clamoreo contra este proyecto ha sido espantoso; pero el Dr. P. Hertenberg, habida cuenta de la intención del autor y de las graves consecuencias del matrimonio de los degenerados, sale á su defensa. (*Contra la degenere«cence.— Revue de Psychol. clin. et therap.*, 1900).

A los que dicen que no es nueva la idea, dice Hertenberg que no lo es, en efecto, que otros pensaron como él, y que estos otros son gentes de gran valía. Zoroastro y Moisés prohibían el matrimonio entre cónsanguíneos; Mahoma mandó: «No casaréis con las mujeres que han sido esposas de vuestros padres: es una torpeza y un hecho abominable.....; se os prohibe casar con vuestras madres, vuestras hijas, vuestras hermanas, vuestras tías paternas y maternas, vuestras sobrinas, vuestras nodrizas, vuestras hermanas de leche, las madres de vuestras mujeres, las jóvenes confiadas á vuestra tutela, y las hijas de madres con las cuales hayáis cohabitado..... No casad con las hijas de vuestros hijos, ni dos hermanos»; Manou no permi-

tía, además, el enlace con familias en que hubiera dispépsicos, hemorroidarios, tísicos, epilépticos, leprosos y estrumosos (*Recueil des lois de Manou*, III, 7-10); Licurgo autorizaba la muerte de todo recién nacido enfermizo ó mal constituído. El hecho no es nuevo: tanto mejor.

Tampoco es nuevo en las religiones antiguas la abominación del alcoholismo y de la embriaguez. Un escriba de la XIX dinastía egipcia dice: «Sabed que el vino es un hecho vituperable.....» Moisés condenaba á los borrachos á la lapidación. Mahoma rechazaba el vino, los juegos de azar, las estatuas y las flechas, «invento de Satanás». Y todo esto era obedecido como precepto religioso.

Tampoco es hoy un hecho aislado la tentativa de Hegar. Dejando de lado la continua cruzada contra el alcoholismo, que también se dirige secundariamente contra la degeneración, otros medios han sido propuestos contra ésta. En el Estado de Michigan, hace tiempo fué votada una ley que prohibe el matrimonio á los locos, á los idiotas y á otros individuos afectados de varias enfermedades determinadas, y en el mismo ha sido propuesta la castración de los epilépticos y débiles de espíritu, de los criminales que hayan cometido tres veces delitos graves y los castigados por violación (la castración se haría al salir del asilo ó la cárcel); Näcke (1899, *Die Kastration bei gewinsen Classen von Degenerirten als ein wirksamer sozialer Schutz. Arch. f. Criminal-Athrop. und Criminalistik*, cuaderno 3.º), la recomienda para proteger á la sociedad; Esteves y Hualde proponen la de los locos como profilaxis de la locura (*La castración de los alienados como medio de profilaxia de la locura. Semana médica*, Buenos Aires, 19 octubre de 1899); Hugues, de San Luis, considera legítimo el suicidio como medio de eliminación natural de los degenerados (*Suicide. The Alienist and Neurologist*, Saint-Louis, octubre de 1897. — *The neurotic salgage of suicide*, id., enero de 1898); Marro, en Italia (*La pubertà studiata nell uomo e nella dona*, Torino, 1898), dice entre otras cosas: «Impedir al espermatozoide el acceso al óvulo para evitar el desarrollo de hijos degenerados, es más que un derecho, un deber».

También ha sido propuesto para impedir la descendencia degenerada, el uso sistemático del condón, la supresión de la asistencia á los indigentes para evitar procreen estos parásitos sociales, cuyos hijos tendrían las mismas incapacidades, la supresión de todo cuidado á los niños tuberculosos, etc.

Por absurdos que parezcan estos medios, están inspirados en un

profundo sentimiento humanitario. El mal existe: ¿hay otros medios mejores para no perpetuarlo?

XI. Sostiene el Dr. E. Laurent (*Prostitution et dégénérescence.— Ann. méd. psychol.*), que la prostitución no es más que una forma de la degeneración mental, el primer caso de la *moral insanity*, revelado por la falta de pudor. En prueba de su tesis investiga: la *herencia*, resultando alcohólicos la mayoría de los ascendientes; los *estigmas*, y los encuentra físicos y psíquicos (prognatismo, orejas defectuosas ogiva palatina, asimetría facial, anomalías, etc., y desde el punto de vista *mental*, espíritu ligero, movilidad de carácter, inconciencia, pereza, debilidad intelectual, sentimentalismo inferior, cinismo, estados histeriformes, etc.). De todos los hechos reunidos deduce que hay prostitutas natas como hay criminales natos.

Hartenberg, al comentar este trabajo en la *Revue de Psychologie clin. et thérap.* (1990), dice que, en efecto, además de la mala educación, de los malos ejemplos, de la falta de trabajo, de la pereza, del lujo, de la seducción, etc., hay mujeres (hecho casi demostrado) que van á la prostitución instintiva, fatalmente, como van los locos morales al mal y al vicio. Así, tal vez la prostitución no es quizás más que un derivativo de la criminalidad, y algunas prostitutas son, sin duda, desgraciadas que sufren *moral insanity*, locura ó degeneración.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Trastorno vaso-motor histérico. — El Dr. D. Vicente Ots y Esquerdo da cuenta en *La Correspondencia Médica* de un caso clínico, y con este motivo, dice:

«La neurosis histérica se presta á numerosas transformaciones y á las más trocadas modalidades de expresión sintomática, que sin velar su fondo neuropático á todo observador algo práctico, aparentan á primera vista una filiación patogénica muy distante de la medicina de los nervios.

»El caso clínico actual tiene pocas enseñanzas, por lo que afecta á la patogenia del histerismo; pero en cambio, muestra con evidencia un trastorno circulatorio y secretorio, apenas mencionado en las obras clásicas de neuropatología.

»Semejante omisión encuentra su justificación en la infinita variedad interminable de esta categoría de desórdenes en los histéricos».

El caso clínico se refiere á M. C., de veinticuatro años de edad, soltero y militar, aquejado de una sensación de sofocación y abotagamientos, cuantas veces hacía un ejercicio algo activo.

Como en aquel momento estaba sosegado y tranquilo, no podía apreciarse el trastorno principal que padecía.

Desde luego le llamó la atención el semblante nutrido y saludable del paciente, que desterraba por completo la posible existencia de una lesión orgánica de importancia, porque en estos casos la asimilación y desasimilación celular hubieran sido los actos biológicos primeramente perturbados, y por ende la nutrición general aminorada.

El pulso era pequeño, duro y de normal frecuencia; la expresión fisognomónica revestía un ligero tinte de tristeza y abatimiento; la mirada viva y animada; el reflejo pupilar algo disminuído á la derecha; marcada reducción del campo visual; la lengua saburrosa; la faringe anestésica, y la respiración, funciones digestivas y sueño, normales.

Sufría ligeros desvanecimientos de tarde en tarde, y el desorden que motivaba su consulta. Para apreciar esto, ordenó al enfermo que efectuase al día siguiente un ejercicio activo y se personase en su consulta tan pronto se presentase el abotagamiento.

Al otro día le bastó al paciente recorrer con paso acelerado como un kilómetro, para que comprobase un cuadro sintomático opuesto al día anterior. Su semblante retrataba claramente el anhelo, fatiga, ansiedad y abatimiento del disneico: la cara rubicunda y voltuosa, los globos oculares propulsos y casi exoftálmicos, el pulso lleno, duro y frecuente, y el sistema muscular con una inestabilidad rayana en el temblor.

Ante este síndrome puramente vaso-motor, no encontró otra filiación patogénica que la histérica, máxime atendiendo á los estigmas neurósicos apreciados en el enfermo.

Equiparó este trastorno á esas alteraciones circulatorias frecuentes en los histéricos de la alteración de frialdad (isquemia) ó calor (congestión), en las extremidades y principalmente en el semblante, y con arreglo á este criterio clínico, planteó desde el primer momento la medicación más apropiada á combatirla.

Los bromuros, cafeína, diuréticos, arsenicales y baños templados, fueron entre otras varias las diversas medicaciones ensayadas sin resultado satisfactorio por espacio de dos meses.

A pesar del fracaso en las medicaciones verdaderamente neurósicas, no abandonó su convicción de que el desorden vaso-motor era histérico, y en este sentido planteó nuevos ensayos terapéuticos.

Prescribió el cloruro de oro á la dosis de 2 milígramos diarios y 8 baños sulfurosos de media hora de duración cada uno. A los quince días de empezada esta medicación, podía el enfermo practicar los mismos ejercicios que antes le producía el abotagamiento y sofocación, sin que esta alteración les sucediese, y considerándole curado de la enfermedad que le aquejaba, le dió el alta provisional con la recomendación de continuar tomando los gránulos de cloruro de oro un mes más.

Si se tiene en cuenta que este medicamento está comprendido dentro de los agentes estesiógenos del procedimiento terapéutico de Burq, y que la metaloterapia se dirige principalmente á combatir los síntomas de índole histérica, sea de un modo directo ó sugestivo, se deducirá sin dificultad que la medicación prescrita confirma con su favorable resultado la naturaleza histérica de esta alteración vaso-motora.

Un curioso signo semeiológico de la diabetes sacarina suministrado por el examen de la garganta. — En el *Boletín del Colegio de Médicos*, de la Provincia de Guipúzcoa, da á conocer D. Estanislao de Furundarena el caso clínico de un hombre de cincuenta y dos años, de facies colorada, peso medio y estatura regular. Acusa como antecedentes de familia haber muerto su madre de una afección cardíaca y su padre, que aún vive, goza de perfecta salud.

A la edad de treinta años sufrió de un reumatismo articular, por el que tuvo que guardar cama durante un mes; y cuatro años después una congestión pulmonar, por la que se le aplicaron tres vejigatorios en el costado derecho, presentándose más tarde sobre ésta misma región del tórax una erupción costrosa (probablemente zona), que le duró varios meses y le hizo sufrir bastante.

Hace doce años fué atacado nuevamente de reumatismo en la espalda derecha y rodilla del mismo lado, sin que el acceso fuera esta vez muy intenso; y desde esa época ha tenido algunos dolores musculares, en particular con los cambios bruscos de temperatura. Su orina ha sido algunas veces de color rojizo, dejando en el fondo del vaso un depósito de arenilla rojiza. La cantidad normal.

Hace seis años se le presentó una tos seca, pero que le molestaba muchísimo, sintiendo en la garganta una sensación como si tuviera mucosidades, pero sin que realmente existieran éstas, á lo menos durante el día, y únicamente por la mañana al despertarse es cuando arrojaba algunos esputitos blancos ó ligeramente grisáceos. Por ese tiempo al menor enfriamiento que experimentase, se le inflamaba la garganta, siendo la deglución dolorosa y quejándose de una sensación de picor y ardor en la faringe, molestias que desaparecían al cabo de tres ó cuatro días, así como también cierta alteración de la emisión de la voz ó ligera oligotonia, que acompañaba á dicho estado.

Desde hace dos años estos fenómenos laringo-faringeos no tienen la frecuencia é intensidad que antes; el individuo se ha hecho mucho menos impresionable á los cambios bruscos de temperatura, los dolores reumáticos son más raros y la orina tiene el aspecto normal, sin que deje sedimento alguno; pero, se han presentado dolores y timpanismo en la región epigástrica (sobre todo después de las comidas), pirosis y *gran sequedad* en la garganta.

La lengua se halla cubierta de una capa grisácea ó saburrosa, el velo del paladar un poco rojizo ó sea ligeramente congestionado y con unas ligeras manchas, probablemente vestigios de pequeñas vesículas miliares de la angina catarral difusa.

Las amígdalas ligeramente hipertrofiadas y de aspecto muriforme.

Toda esta región, así como la boca, se hallan húmedas, pero en cambio la

parte posterior de la faringe se encuentra muy *seca*, su mucosa algo pálida y con pliegues longitudinales (aspecto barnizado).

Al rinoscopio se ven mucosidades grisáceas y tumefacción de la mucosa naso-faríngea, pero *ninguna atrofia de los cornetes* (este dato es importantísimo, por cuanto muchas faringitis secas tienen por causa la atrofia de los cornetes).

La mucosa laríngea presenta signos de una inflamación crónica, con las cuerdas vocales inferiores un poco engrosadas y de aspecto lechoso.

Sospechando si esta faringitis seca obedecería á la diabetes sacarina, se analizó la orina con el licor de Fehling, dando por resultado que tres litros de orina contenían 28 gramos de glicosa.

¿Podía creerse por el conjunto de síntomas que presenta éste enfermo que realmente se trata de un diabético, sin haber analizado su orina?..... Pocas enfermedades presentan al principio apariencia más engañosa para disimular sus terribles golpes como la diabetes sacarina, y por lo tanto, se cree en el caso el Dr. Furundarena de recordar que la faringitis seca es muchísimas veces un precioso signo semeiológico de la diabetes sacarina, como lo prueba una vez más el presente caso. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 23 *de Octubre de* 1900.

Monstruo toraco-xifopago.—El Dr. PORAK: El Dr. Chapot-Prevost (de Río Janeiro), ha comunicado á la Academia de Medicina un caso interesantísimo de monstruo toraco-xifopago.

La producción de los monstruos dobles plantea varios problemas embriógenos importantes.

¿Es posible que dos huevos diferentes se reunan en el momento del desarrollo por sus discos germinativos? Esta soldadura, que Lacaze-Duthiers ha observado en los moluscos, es aún discutible en los vertebrados. Jamás ha podido producirse en los huevos de gallina. En la especie humana, la unión de dos huevos separados no parece posible, á menos que éstos ocupen precisamente la misma vesícula de Graaf. Se ha observado en los vertebrados superiores esta duplicidad de los óvulos en la misma vesícula; el fenómeno se ha comprobado aun en el ovario fetal.

Se tiende en la actualidad á admitir que los monstruos dobles dependen de una anomalía del disco germinativo, debida á que se divida éste en un momento dado ó á que primitivamente el óvulo tenga dos discos germinativos. Hasta ahora no se ha observado ejemplo alguno del primer proceso;

pero en cambio, muchos autores han visto en los huevos de los vertebrados dos discos germinativos y hasta dos vesículas germinativas.

Cuando estos dos discos se aproximan, se reunen presentando combinaciones variadísimas que pertenecen al grupo teratológico de los monstruos compuestos; pero puede acontecer que estén bastante separados para que puedan desarrollarse cada cual por su cuenta.

El embarazo gemelo, en algunos casos cuando menos, puede referirse á á una monstruosidad doble.

Se admite, en efecto, que los dos gemelos provienen de dos discos germinativos ingertos en el mismo vitellus, cuando son del mismo sexo, cuando la membrana de separación de los huevos falta, ó sólo está constituída por los dos amnios, y por último, cuando la circulación placentaria de uno y de otro huevo tiene comunicaciones vasculares.

Como cada gemelo tiene una circulación propia y otra común con su congénere, puede acontecer que uno de los productos acapare la mayor parte de la sangre materna en detrimento del otro, el que desde entonces vive como parásito del primero.

En los monstruos dobles puede haber dos placentas separadas, pero casi siempre existe sólo una que asegura la circulación especial de cada monstruo, y la circulación común á los dos.

En este caso, igual que en los embarazos gemelos univitelinos, suelen estar equilibradas las circulaciones, lo que permite á los dos monstruos desarrollarse paralelamente; pero otras veces no existe tal equilibrio: en tal caso, desde las primeras fases del desarrollo de los discos germinativos, el embrión, mejor vascularizado, predomina sobre el otro, que se convierte en parásito de aquél. Así se explica perfectamente el modo de desarrollo de los monstruos dobles parasitarios.

Los monstruos dobles no son muy raros: se calcula 1 en cada 100.000 partos. En Europa nacen diariamente 30.000 niños; habrá, por lo tanto, por término medio, 2 mononfalos por semana. Los eternopagos y los xifopagos son los menos raros.

El monstruo que el Dr. Chapot-Prevost ha presentado á la Academia, pertenece á la clase de los mononfalos. No debe incluirse entre los xifopagos, porque una de las criaturas tenía el corazón invertido. Tampoco pertenece al grupo de los toracopagos, porque los dos corazones estaban bien formados y separados. Era un monstruo mononfalo intermedio entre los toracopagos y los xifopagos.

La etiología de las monstruosidades es todavía obscurísima, y hay motivos para preguntar si influirá la heredo-sífilis.

El monstruo observado por el Dr. Chapot-Prevost, se componía de dos niñas, Rosalina y María. Una de ellas presentaba algunos caracteres (deformación de la cabeza y del cuerpo, dextrocardia, dislocación del hígado, etc.), que recuerdan los estigmas distróficos de la heredo sífilis; pero estos signos son insuficientes para resolver el problema. Además, los padres de Rosalina-María han tenido varios hijos bien constituídos. La causa de la producción del monstruo doble en esta familia es desconocida.

A falta de la sífilis, puede explicarse la producción de las monstruosidades por trastornos nutritivos del huevo ó de la madre.

Los experimentos de Dareste y de Féré con los huevos de gallina, han probado, en efecto, que los procedimientos tan variados que permiten producir monstruos, obran únicamente perturbando la nutrición del huevo.

Charrin ha demostrado también que, inyectando á las hembras embarazadas diversas toxinas, los productos resultan con anomalías caracterizadas, principalmente por amputaciones congénitas y por disposiciones irregulares de los órganos genitales. Estos resultados experimentales prueban con toda claridad que las monstruosidades deben ser consideradas como consecuencias de trastornos nutritivos del huevo ó de la madre.

La intervención quirúrgica se ha practicado hasta ahora en cuatro casos de monstruos mononfalos.

El primero, de cuya autenticidad dudaron F. Geoffroy, Saint-Hilaire y Cruveilhier, se refiere á dos niñas unidas desde el apéndice xifoides hasta el ombligo, y que se separaron primero por una ligadura que fué apretándose paulatinamente y después por el instrumento cortante. Esta observación data de 1689.

En el segundo caso, Bohm practicó una operación en sus propias hijas (1866); en este caso no había comunicación entre las cavidades torácicas y abdominales de las dos niñas. Una murió á los tres días de operada y otra cinco años después.

El tercer caso conocido es el de las dos niñas María-Adela, que fueron separadas por dos cirujanos suizos, Blandet y Bugnion, en 1881. En esta observación, la masa carnosa, que reunía las dos criaturas, estaba constituída por una lámina cartilaginosa que soldaba los dos apéndices xifoides por un pedículo de tejido hepático común á los dos hígados y por fondos de saco peritoneales que iban de una cavidad abdominal á la otra. Las dos niñas sucumbieron, una el mismo día de la operación, la otra al día siguiente.

El cuarto caso es el de Rosalina-María. Antes de proceder á su separación, procuró el Dr. Chapot-Prevost asegurarse, por cierto número de experimentos, de la independencia fisiológica de ambas niñas, y comprobó que la región que las reunió estaba constituída de arriba á abajo por tres zonas: una superior osteo-cartilaginosa representada por la soldadura de los esternones y de los cartílagos costales; otra media ocupada por un ancho puente de hígado, y otra inferior limitada hacia abajo y lateralmente por la piel.

Conocidas estas disposiciones anatómicas, se decidió operar. Después de cloroformizadas las dos niñas, se hizo una primera incisión que principiaba en la parte superior de la soldadura, pasaba por la parte media del apéndice xifoides y terminaba por abajo, frente á la cicatriz umbilical. Esta incisión comprendía la piel y los tejidos subcutáneos hasta el peritoneo. Separado el colgajo formado así hacia el lado izquierdo de Rosalina, se abrió la serosa peritoneal y apareció un ancho puente formado por substancia hepática. El Dr. Chapot-Prevost introdujo la mano debajo de este puente, encontró en la parte media el cordón formado por la reunión de las dos venas umbilicales y separó los dos epiploones que estaban unidos en cierta extensión de sus caras anteriores. Redujo los intestinos que habían salido por la herida á causa de esfuerzos de vómitos de María.

Pudo observarse así que no había hacecillos esternales del diafragma en un lado ni en otro, que la cavidad torácica comunicaba con el abdomen por

la parte inferior del mediastino, y que una especie de conducto fibroso, que contenía líquido, establecía una comunicación entre las dos cavidades pericardíacas. Este conducto fué seccionado entre dos pinzas, y las superficies de sección suturadas con catgut. La incisión de la parte restante de la arcada cartilaginosa situada delante de los pericardios, abrió la cavidad izquierda de la pleura de María; se extrajo lo más cuidadosamente posible la sangre derramada en esta cavidad, y se cerró con catgut la abertura de la serosa. La operación terminó por la sección del puente hepático practicada, siguiendo un plano vertical á igual distancia de las dos vesículas biliares. En el lado de Rosalina, la hemostasia provisional se obtuvo por medio de una ligadura con seda aplicada previamente sobre el hígado estrechado en este punto, en el de María, aplicando un grueso tapón de gasa. Cuanto á la hemostasia definitiva, se obtuvo por un procedimiento que dará á conocer el Dr. Chapot-Prevost.

María murió á los cinco días y catorce horas, á consecuencia de una pleuro-pericarditis, y Rosalina ha sobrevivido. Aunque parcial el éxito de esta operación, es notable. Conviene manifestar que es la primera vez que se ha obtenido la hemostasia del hígado en una superficie tan extensa.

El Dr. Fournier: He demostrado la gran influencia que tiene la sífilis en la producción de muchas distrofias que al exagerarse producen verdaderas monstruosidades y cierto número de embarazos gemelos. Me ha sorprendido la proporción elevada de nacimientos dobles en los heredo-sifilíticos. Hutchinson ha hecho la misma observación.—F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de laringología y rinología.

Resumen de la comunicación sobre las pseudo-hemoptisis de origen naso-faríngeo.—El Dr. Ricardo Botey (de Barcelona): En el espacio de diez años, el autor ha observado unos 20 casos de este género, extrañándose que la literatura de la especialidad no hable apenas de este particular.

Elimina naturalmente el autor los casos en que una úlcera, un traumatismo ó un tumor maligno, puedan producir una hemorragia del cavum. Según la literatura de la cuestión, las hemorragias de las primeras vías respiratorias y digestivas (sin contar la hematemesis y epistaxis, las cuales no pueden ser enquistadas), capaces de simular una hemoptisis, se reducen á algunos casos de hemorragia laríngea y la ruptura de vasos varicosos de la amígdala lingual.

A pesar de esto, el autor afirma que casi siempre cuando un enfermo escupe sangre, resultando el examen del pecho negativo, la causa de estas falsas hemoptisis reside en la cavidad naso-faríngea. Raras veces, la laringe ó la amígdala lingual son la causa.

El Dr. Botey cita seis observaciones muy resumidas que demuestran sus aserciones. Se trata en todas ellas de un enfermo que tose poquísimas veces, ó ninguna, notando, por otra parte, que su expectoración sale teñida en sangre. El examen de las fosas nasales, de la faringe oral, de la base de la lengua, de la laringe y del pecho, son negativos. Si se presencian estas hemorragias, vése salir á la sangre detrás del velo del paladar á lo largo de la pared posterior de la faringe. Si se pasea un porta-algodón acodado en ángulo recto sobre la bóveda faríngea, se reproduce á menudo la hemorragia, saliendo siempre el algodón empapado en sangre.

El autor estudia la disposición de la mucosa de la cavidad retro-nasal, la cual se encuentra fuertemente adherida á la apófisis basilar y al esfenoides, por el intermedio de la capa fibrosa, la glándula de Luschka sin cápsula propia, continuándose su tejido conjuntivo con el de la mucosa vecina, mal protegida por una delgada capa de epitelio, el cual se desprende al menor frotamiento, dejando al desnudo los vasos sanguíneos.

Pequeñas erosiones inflamatorias pueden dar lugar á hemorragias, y las costras sanguinolentas, cerrando momentáneamente las pequeñas aberturas vasculares, detienen la salida de sangre; pero como la cavidad es ancha y rígida, no pudiendo sus paredes ponerse en contacto, las costras hemostáticas, una vez secas por la corriente de aire, caen fácilmente, dejando de nuevo al desnudo la abertura capilar de los vasos principalmente, cuando se trata de adultos en los cuales la amígdala faríngea esté atrofiada, el cavum más ancho, coexistiendo fuertemente con un solo catarro retro-nasal.

Por último, el Dr. Botey ha observado en multitud de casos parecidos, pequeñas costras negras pegadas á la amígdala de Luschka, y más á menudo aún en la bóveda faríngea, entre ésta y las fositas de Rosenmüller; tocando estas costras con la punta del estilete, Botey ha reproducido en el acto la hemorragia, convenciéndose de este modo hasta la evidencia del origen nasofaríngeo de estas pseudo-hemoptisis.

Diagnóstico anatomo-patológico del cáncer de la laringe.—El Dr. B. Frankel (de Berlín): El examen microscópico de las partículas desprendidas del tumor laríngeo, es importantísimo para el diagnóstico del cáncer. Si el examen es negativo, no pueden sacarse de él conclusiones ciertas. Las preparaciones positivas permiten hacer un diagnóstico exacto. La dificultad depende de que casi siempre sólo se dispone de fragmentos pequeños del tumor para hacer el diagnóstico.

No basta para hacer el diagnóstico encontrar algunos globos epidérmicos en las preparaciones; es preciso descubrir granulaciones epitélicas en sitios donde no deben existir. Si se trata de granulaciones epitélicas procedentes de la penetración de la capa superficial en el interior de los tejidos más profundos, es preciso ser circunspectos para sacar conclusiones diagnósticas; muchos procesos patológicos, entre otros la sífilis, producen una hipergenesis epitélica análoga.

La estructura irregular del epitelio, es el síntoma característico del cáncer.

El Dr. M. Schmidt (*conclusiones*): 1.ª El cáncer de la laringe presenta casi siempre al principio y durante toda su evolución, el carácter de un tumor de formas diferentes;

2.ª El cáncer que nace en la profundidad de los tejidos de la laringe, origina á veces una proliferación de papilomas verdaderos en la superficie de la mucosa. Esta forma, durante toda la enfermedad, se asemeja bastante á la pericondritis.

3.ª Los casos de cáncer del ventrículo de Morgagni, suelen presentar al laringoscopio una imagen muy parecida á la de la pericondritis interna;

4.ª En casos rarísimos, el cáncer principia por detrás y casi por debajo del cartílago cricoides, y sólo se manifiesta su presencia al principio por parálisis del nervio recurrente;

5.ª Para excluir la sífilis, basta de ordinario administrar, durante quince días, 3 gramos de ioduro potásico;

6.ª Se consigue hacer el diagnóstico exacto extirpando un trocito de tumor para el examen microscópico. Para ello son preferibles las cucharillas dobles cortantes de arriba á abajo;

7.ª La única prueba decisiva es el resultado positivo del examen microscópico.

La etmoiditis purulenta.—El Dr. M. Hajek: *Anatomía patológica.* — Se da el nombre de etmoiditis purulenta á las enfermedades de la mucosa y del hueso etmoides que van acompañadas de derrame purulento, exceptuando las afecciones tuberculosas, sifilíticas y traumáticas y los procesos debidos á los neoplasmas malignos.

I. *Enfermedades de la mucosa (revestimiento muco-perióstico).* — 1.ª *Formas intensas de la inflamación catarral.* — Unas veces se afecta sólo la superficie nasal libre; otras, los orificios y las células del laberinto, se interesan también (empiema). En esta forma última hay tendencia á la cronicidad.

2.ª *Formas crónicas de la inflamación catarral.*—Tumefacciones hipertróficas del revestimiento muco-perióstico al exterior ó en el interior de las células ó simultáneamente. Formación de pólipos en la pared nasal del etmoides (mixomatosis extra ó intracelular de Bosworth).

3.ª *Formas rebeldes de la inflamación crónica.*—Producción considerable de pólipos en la parte nasal del revestimiento del etmoides. Formación de erosiones en la mucosa de las células. Se forman también engrosamientos en el mismo sitio.

II. *Enfermedades del hueso.* — 1.° *Alteraciones del hueso.* — Irritación del periostio y después osteítis condensante ó rarificante (Hajek, Zuckerkanld).

2.° *Alteraciones profundas.*—Necrosis óseas en los enfisemas agudos y crónicos por presión ó por trombo-flebitis y periostitis del lado opuesto. Después necrosis del etmoides consecutiva á la propagación de una osteítis ó periostitis próxima, procedente del maxilar ó de la órbita.

Tratamiento de la etmoiditis purulenta.—El Dr. F. H. Bosworth (de Nueva-York).—En la etmoiditis purulenta, la condición esencial es la retención del pus. Cada célula interesada forma un abscesillo. La tendencia á la curación espontánea es casi nula. La única indicación capital práctica, es abrir cada célula y dar salida al pus retenido. Desde este punto de vista, la consideración más importante es elegir el mejor método para conseguir tal resultado. Podemos utilizar el cincel, la pinza cortante, el aprietanudos, la cucharilla, etc. Según mi experiencia, el mejor medio de obtener este resul-

tado es atacar primero las células etmoidales con el aprieta-nudos y destruir después los tabiques intercelulares con la lima.

Indicaciones de la tirotomía.—El Dr. F. Semon (de Londres): La tirotomía es una operación rara, y hasta estos últimos años poco popular.

Indicaciones especiales.—Es preciso recordar que en la mayor parte de estas indicaciones existen métodos suplementarios (operaciones intralaríngeas, dilatación, intubación, etc.).

1.° *Cuerpos extraños en la laringe.*—Jamás se dejará mucho tiempo un cuerpo extraño en la laringe.

2.° *Heridas de la laringe.*—Fracturas, heridas por armas de fuego, heridas por suicidio.

3.° *Laringocele.*—Indicación rarísima.

4.° *Estenosis laríngeas.*—A veces (por ejemplo en el engrosamiento fibroide sifilítico de la mucosa), la tirotomía, seguida de la excisión de las partes hinchadas, produce resultados excelentes. Pero es imposible garantir el resultado. Posibilidad de reproducción de la estenosis.

5.° *Pericondritis aguda de los cartílagos de la laringe.*—Indicación rara, pero á veces resultados excelentes.

6.° *Tuberculosis y lupus de la laringe.*—Las indicaciones han sido expuestas por Goris. En ciertos casos, resultado muy satisfactorio, pero siempre peligro de infección tuberculosa de la herida quirúrgica.

7.° *Escleroma de la laringe.*—La tirotomía es, al parecer, el mejor método, pero no evita las recidivas.

8.° *Neoplasmas benignos de la laringe.*—El método intralaríngeo es, en general, preferible cuando puede emplearse. Esta regla tiene algunas excepciones. La tirotomía no garantiza la recidiva de los papilomas múltiples.

9.° *Neoplasmas laríngeos malignos.*—La extirpación de estos neoplasmas al principio, cuando están limitados estrictamente al interior de la laringe (cáncer y sarcoma «intrínseco»), es la indicación más importante de la tirotomía.

La importancia del polo superior de la amígdala y de la fosita supra-amigdalar, como causa de la peri-amigdalitis flegmonosa.—Extirpación completa de la mitad superior de este órgano como único tratamiento preventivo eficaz.—El Dr. Ricardo Botey (de Barcelona): Encontramos á menudo en la práctica, enfermos que padecen peri-amigdalitis flegmonosas dos ó tres veces cada año, á los cuales se les trata por los medios habituales, sin preocuparse de obrar en consecuencia para evitar una nueva aparición de sus anginas.

Se limita el tratamiento á la amigdalotomía, al fraccionamiento de las amígdalas ó á la ignipuntura, sin enuclear, en la mayoría de casos, todo el órgano y principalmente su polo superior, casi siempre oculto en la fosita supra-amigdalar.

La recidiva no es tan de temer después de estas intervenciones, pero á menudo el enfermo coge una nueva amigdalitis.

El peligro reside en el polo superior de la amígdala. La inflamación purulenta del fondo de las criptas á esta altura, se propaga luego á la fosita supra amigdalar, á menudo llena de un magma caseoso, presentando su abertura obliterada por adherencias y penetrando la extremidad superior de

la amígdala tras la parte lateral del velo del paladar á una profundidad de más de un centímetro.

A parte de los casos en que la amígdala está atrofiada y adherente á los pilares, á la *plica triangularis*, á la *margo semilunaris* y á las paredes de la fosita, en la mayoría de los demás, estas adherencias son menores y pueden con alguna paciencia liberar suficientemente la glándula, para suprimir su mitad superior, dejando entonces á la fosita supra-tonsilar libre de toda obstrucción y anchamente abierta, lo cual hace casi imposible un nuevo ataque de peri-amigdalitis flegmonosa.

La discisión es insuficiente en muchísimas ocasiones, aun dilatando anchamente la abertura de la fosita. La galvano-cauterización de las criptas superiores de la amígdala evita algunas veces las recidivas. El fraccionamiento no suprime nunca las porciones de amígdala oculta en la fosita, etc. No queda, pues, más que la enucleación radical del extremo superior de la glándula.

«Procedo de la manera siguiente: Después de cocainizar completamente la amígdala y regiones vecinas, empiezo por liberar la mitad superior de la amígdala de los pilares y de la abertura de la fosita con un pequeño cuchillo abotonado, tomando la amígdala con pinzas ó garras especiales que facilitan la separación de la glándula. En los casos en que la amígdala es voluminosa, esta disección basta para hacer brotar casi toda la glándula, quedando únicamente el íleo adherente con el fondo de la cavidad amigdalar. Secciono entonces oblícuamente la mitad ó el tercio superior de la glándula con una asa galvánica especial si temo la hemorragia, ó con un cuchillo anular lateral de curva apropiada para cada tonsila.

Cuando las adherencias de la amígdala son múltiples y profundas, esta operación es más minuciosa. Una vez la amígdala se encuentra separada de los pilares y de la abertura de la fosita, es preciso continuar el desbridamiento profundamente.

Esta maniobra es bastante difícil cuando la glándula no tiene más que un volumen mediano. Piérdese entonces bastante tiempo en separar las adherencias con su cavidad. Para este objeto, me sirvo de pequeñas gubias muy cortantes, encorvadas sobre el plano y de punta roma, que en número de seis sirven para separar la glándula de su cavidad, obrando sobre la mitad anterior, sobre la posterior y sobre la extremidad superior de la amígdala Existen tres para cada lado. En estos casos también el cuchillo anular ó el asa lateral, termina la separación del órgano.

Existen casos en que la extirpación del tercio superior de la amígdala es imposible, de tal manera se encuentra adherida. Entonces introduzco de abajo arriba un pequeño gancho cortante en los ángulos anterior y posterior de la abertura de la fosita, lo hundo verticalmente entre la amígdala y el pilar anterior, después entre éste y el pilar posterior, cortando luego de fuera hacia dentro la porción de velo del paladar que oculta la extremidad de la glándula. Tomando entonces esta extremidad con las pinzas en garra, tiro de ella hacia dentro reuniendo ambas incisiones verticales por una horizontal, cortando transversalmente el velo levantado por el polo superior de la glándula á algunos milímetros de la *margo semilunaris*. Separo entonces de arriba abajo y poco á poco el polo superior de la amíg-

dala de las paredes superior, externa y laterales de la fosita y de los pilares».

Técnica de la tirotomía.—El Dr. E. Schmiegelow (de Copenhague): La operación, que debe ser precedida de la traqueotomía, se practica estando el enfermo completamente anestesiado. La cánula traqueal debe estar construída de modo que impida la aspiración de la sangre mientras se opera. La mejor es la cánula de tapón de Hahn. Después de abrir la laringe por una incisión del cartílago tiroides, se tapona la parte inferior de la faringe con una esponja para impedir que la saliva descienda á la cavidad laríngea. Con objeto de disminuir la sensibilidad laríngea, se emplea una solución de cocaína. Hecha la operación y contenida la hemorragia, se extrae la cánula de tapón y se espolvorea la laringe con iodoformo. La herida se cubre sencillamente con algodón y gasa iodoformado, y el apósito se cambia varias veces los días primeros. El enfermo debe permanecer en cama con la cabeza lo más horizontal posible; á los cinco ó seis días se cierra la herida y el operado puede levantarse.

Indicaciones y técnica de la laringología.—El Dr. E. Urueñuela (de Madrid): La intervención quirúrgica llamada tirotomía ó laringofisura, tiene para mí un gran valor y su aplicación es indudable:

1.° Para la extracción de los cuerpos extraños de la laringe que no ha sido posible extraer por las vías naturales con ó sin traqueotomía previa;

2.° Para la extirpación radical de los grandes tumores laríngeos, en los que ha fracasado la intervención intralaríngea;

3.° Para evitar las consecuencias funestas que pueden producir los grandes traumatismos, en particular ciertas fracturas complicadas con hemorragia intralaríngea.

Finalmente, la aplicación más importante de esta operación tan inofensiva, es el tratamiento de ciertos tumores laríngeos de naturaleza maligna, y la resección de la laringe, porque nos da acceso suficiente al interior del órgano fonético, y nos permite extirpar todo tejido patológico sin gran traumatismo y sin comprometer la vida del enfermo.

Inútil es decir que cuando resolvemos intervenir quirúrgicamente para extirpar un tumor maligno de la laringe, debemos practicar de antemano la traqueotomía, y después en la misma sesión hacer la tirotomía, y una vez abierta extensamente la laringe, reconocemos con cuidado el sitio y extensión del tumor, é inmediatamente le enuclearemos extirpando á la vez una ó más partes del órgano si la intervención quirúrgica lo exige.

Consideramos, por lo tanto, la tirotomía como una operación exploradora y necesaria para resolver ciertos problemas de la cirugía intralaríngea.

Técnica operatoria. — Practicamos la tirotomía del modo siguiente:

Principiamos por una incisión en la línea media, á partir del tiroides hasta la fosa supra-esternal, anestesiamos este corte con una disolución de fenol cocainizado, luego desecamos por cortes sucesivos seguidos de nuevas anestesias toda la región laringo-traqueal, abrimos la tráquea, introducimos la cánula tapón y dejamos al enfermo descansar hasta que la respiración y circulación se normalizan. Una vez conseguido esto, cloroformizamos al paciente por la cánula con las precauciones necesarias en tales casos.

Obtenida la anestesia completa, cortamos transversalmente la membra-

na cricotiróidea, y con tijeras acodadas fuertes, introducidas en el interior de la laringe de abajo á arriba y detrás de la línea media del tiroides, seccionamos éste con uno ó dos tijeretazos, comprendiendo en la sección la mucosa laríngea, contenemos la hemorragia, poco abundante, producida por esta abertura, y después de cocainizar el interior de la laringe para evitar los reflejos, abrimos poco á poco, pero en gran extensión, esta última, separando las dos mitades del cartílago tiroides por medio de separadores de ganchos romos, hasta que queda á la vista el interior, y puede manipularse sin dificultad.

Para nuestra tranquilidad personal y tener seguridad en la oclusión de la tráquea, colocamos en la abertura superior un tapón de gasa antiséptica y en la faringe otro de esponja, con objeto de impedir que la saliva caiga en el campo operatorio.

Después de la tirotomía reunimos los tejidos por medio de suturas metálicas ó con crin de Florencia para mantener unido el tiroides y las partes blandas las suturamos con seda ó catgut. Curas apropiadas. Alimentación láctea por medio de la sonda.

No me ocupo de las indicaciones de la tirotomía en las estenosis laríngeas, pericondritis, tuberculosis, lupus y escleroma de la laringe por ser raras.

Resultados de la tirotomía. — El Dr. Goris (de Bruselas): He formado una estadística, que comprende 105 tirotomías, practicadas en los casos siguientes:

62 por tumores malignos de la laringe;
14 por tuberculosis;
25 por tumores benignos;
2 por estenosis;
1 por cuerpo extraño;
1 por rinoscleroma.

De estos casos murieron por pneumonía 4, en los ocho días siguientes á la operación.

De los 62 casos de tumores malignos (que por causas diversas deben reducirse á 49), curaron 23, ó sea el 46'9 por 100.

De los 14 casos de tuberculosis, sólo se obtuvo la curación en 3.

En los tumores benignos, la tirotomía es la operación electiva.

De los 2 casos de estenosis, 1 curó por completo.

El caso de rinoscleroma extenso de la laringe curó completamente.

Rinitis espasmódicas. — El Dr. A. Jacobson (de San Petersburgo). (*Conclusiones*): 1.ª Las rinitis espasmódicas, por su etiología y marcha diferente, se dividen en varias especies ó formas;

2.ª Estas formas no se han estudiado todavía lo suficiente, por lo que se las confunde con frecuencia;

3.ª Es necesario limitar con precaución el *catarro de heno* como especie particular, porque su forma es la más estudiada; tiene una marcha periódica completamente característica, y una etiología demostrada por investigaciones experimentales;

4.ª El catarro de heno debe considerarse como una forma de las rinitis

espasmódicas; esta denominación no debe aplicarse en modo alguno á las rinitis espasmódicas debidas á otras causas;

5.ª Es preciso admitir que muchos casos de rinitis espasmódicas pueden explicarse por parálisis vaso-motoras;

6.ª Hay casos de rinitis espasmódicas que merecen el nombre de toxi-rinitis;

7.ª Estas toxi-rinitis son debidas á intoxicaciones y auto-intoxicaciones; siguen una marcha aguda; se complican con trastornos gastro-intestinales y manifestaciones cutáneas (urticaria, etc.); se observan en personas sanas sin predisposición general alguna; como todas las intoxicaciones, son un caso fortuito, sin tendencia á la recidiva;

8.ª Unicamente considerando las rinitis espasmódicas como procesos de origen vaso-motor, es posible atribuir á ellas la hidrorrea nasal, porque no tiene carácter alguno espasmódico;

9.ª La hidrorrea nasal, ocasionada por causas internas, puede no presentar más fenómenos locales que una secreción abundante.

Tratamiento de los nódulos vocales.—El Dr. Capart (de Bruselas): El tratamiento de los nódulos vocales es higiénico, medicinal, operatorio. Muchos autores citan casos de curación obtenida sólo por el silencio prolongado. Es temerario, cuando menos, confiar en él. El reposo del órgano puede influir sobre la laringitis que existe siempre en estos casos, pero jamás he visto que ejerza influencia alguna sobre los nódulos.

Llamo tratamiento medicinal á las pulverizaciones ó insuflaciones astringentes ó antisépticas, á los toques con las disoluciones de nitrato angéntico, y, sobre todo, á las cauterizaciones con esta substancia pura ó mitigada, ó con el ácido crómico. Todos estos medios son ineficaces, sino peligrosos. La substancia activa se difunde, obra más allá de los límites deseados, y puede producir una inflamación aguda, cuya extensión y duración es imposible calcular.

Conviene, por lo tanto, recurrir al tratamiento operatorio, que se divide en ablación, propiamente dicha, y en destrucción galvano-cáustica.

En general, no es prudente emplear instrumentos que obran á la manera de un sacabocados. Se corre el riesgo de coger más de lo necesario. Recomiendo desde hace muchos años las pinzas más finas, las más delicadas, por ejemplo, las de Schmidt ó Jurasz, que obran lo mismo de delante á atrás que lateralmente.

No se temerá extirpar todo el nódulo hasta su base de implantación. Recordando los éxitos brillantes del profesor Labus, que ha recomendado el descortezamiento de la cuerda vocal, no puede temerse exceder los límites del mal. La curación sólo se obtiene á este precio.

El tratamiento galvano-cáustico se reserva únicamente para cuando los tumores son tan pequeños que es imposible cogerlos entre los dientes de las pinzas.

La recidiva es posible. El mejor medio de evitarla es insistir en la higiene. Después de la operación el silencio absoluto será prolongado, evitando el canto, cuando menos, por espacio de un mes.

Son necesarias, por último, las aguas minerales.

Anosmia. — El Dr. A. Onodi (de Budapest): Procuraremos clasificar las

formas clínicas de la anosmia. En el primer grupo incluiremos las anosmias que van acompañadas de modificaciones patológicas en el dominio del sentido del olfato, ó de influencias nocivas sobre estas regiones. En el segundo entran las formas en las que no se ha podido descubrir modificación alguna, y que se atribuyen á un obstáculo mecánico de la respiración nasal ó á un trastorno funcional. Dividiremos la anosmia en: 1.°, esencial ó verdadera (que puede ser central ó periférica); 2.°, mecánica ó respiratoria; 3.°, funcional.

La anosmia verdadera periférica es debida á una inflamación en el territorio del nervio olfatorio ó á un proceso atrófico de este nervio.

La inflamación es pasajera ó puede degenerar en atrofia. La anosmia central verdadera depende de todas las causas que obran sobre el sistema nervioso central: tumores del cerebro, focos de esclerosis, etc. Deben incluirse entre estas causas las diversas intoxicaciones por el tabaco, la cocaína, el mercurio, el plomo, etc.

La anosmia mecánica ó respiratoria depende de un obstáculo á la respiración nasal, á saber: atresia congénita de los orificios de la nariz, sinequias adquiridas, tumores, etc.

La base más común de la anosmia funcional es el histerismo. Obran también las influencias reflejas como en la ovariotomía, la menstruación, etc. La anosmia que sobreviene, á la vez que es psoriasis bucal y que desaparece al hacerlo ésta, puede considerarse como funcional.

Tratamiento de la tuberculosis laríngea por las inyecciones intra-traqueales. —El Dr. L. Vacher (de Orleans): La tuberculosis laríngea exige un tratamiento diferente, según el período más ó menos avanzado de las lesiones locales y del estado de los pulmones. En el período ulceroso es de necesidad absoluta la ablación de las partes vegetantes, el raspado, las cauterizaciones, la aplicación de tópicos calmantes, únicos que calman el dolor y la tos rebelde, causa de la disnea, de la disfagia y de los vómitos.

Las lesiones principales son infiltraciones, vegetaciones y úlceras. Estas últimas suelen estar cubiertas de vegetaciones más ó menos espesas. Cuando recaen en el vestíbulo laríngeo, en las cuerdas vocales ó en la parte superior de la tráquea, ocasionan dolores agudos, tos rebelde y espasmo laríngeo, que terminan por vómitos é impiden al enfermo alimentarse. El tratamiento se dirigirá principalmente contra ellas.

Después de ensayar varios medios, empleo las inyecciones intratraqueales de la preparación siguiente:

Eter iodoformado hasta la saturación.....	100 gramos.
Guayacol.....	5 —
Eucaliptol.....	2 —
Mentol.....	1 —

La dosis se eleva progresivamente hasta 2 cent. cúb.

He obtenido con este tratamiento resultados excelentes.

Tratamiento de las afecciones nasales y naso-faríngeas por el aire caliente.— Los Dres. Lermoyez y Mahu (de París): En las afecciones nasales y naso-faríngeas, aplicamos sobre regiones circunscritas de la mucosa, corrientes de aire seco á 80 y 100° de temperatura. Se aplican, utilizando el espejo frontal

y el espéculo. La sesión dura dos minutos y se repite dos ó tres veces por semana. El tratamiento es indolente por completo. Al ponerse el aire caliente en contacto con la mucosa, se observa retracción de ésta, seguida al poco tiempo de secreción acuosa abundante de defensa, que se suspende á los pocos momentos.

El efecto producido por el tratamiento, tarda poco en manifestarse. Ha sido eficaz, sobre todo en el coriza crónico, congestión con obstrucción nasal intermitente. Produce resultados notables y duraderos, siempre que no haya degeneración angiomatosa de la pituitaria. Corrige con rapidez los estornudos y demás síntomas nerviosos de los corizas espasmódicos. Hace cesar el derrame de la hidrorrea nasal. En el catarro de heno modera las crisis. Produce buenos resultados en los trastornos auditivos, sordera y zumbidos, dependientes de los catarros de la nariz y de la naso faringe; la otalgia cede casi al punto. Hasta ahora ha sido ineficaz en el ozena, los catarros purulentos, el lupus nasal, las rinitis hipertróficas y en todas las afecciones nasales y naso-faríngeas, en que está indicado el tratamiento quirúrgico.

Indicaciones operatorias en el cáncer de la laringe. — Los Dres. Gouguenhein y Lombard (de París): El cáncer de la laringe presenta caracteres clínicos tan variados, que es difícil señalar la conducta que conviene seguir en general. Es preciso tener en cuenta no sólo la naturaleza, la extensión y el sitio del tumor, sino también la edad y la resistencia de los enfermos.

Los enfermos de neoplasias malignas de la laringe, se dividen en tres grandes grupos: inoperables, operables, y por último, otros en los que la lesión invasora y de marcha rápida dificulta la intervención, ó bien padecen un estigma orgánico grave, á la vez que lesiones accesibles y operables.

Contra los cánceres operables, que son poco frecuentes, pueden emplearse cuatro métodos terapéuticos de naturaleza y valor distintos:

1.° Las operaciones endo-laringeas;
2.° La traqueotomía;
3.° La laringo-fisura;
4.° Las laringectomías.

La intervención endo-laríngea es en realidad una operación de diagnóstico. Hace perder al enfermo un tiempo precioso. Es preferible la laringo-fisura.

La traqueotomía, ¿es el último recurso del cáncer inoperable? La experiencia ha demostrado que la traqueotomía es capaz de retardar la evolución de la enfermedad, pero es todo lo que puede esperarse de ella, y si el cáncer es operable, debe recurrirse sin perder tiempo á una de las dos operaciones que constituyen en la actualidad toda la terapéutica: la tirotomía y las laringectomías.

La tirotomía y la laringectomía parcial, son las que producen mejores resultados. Conviene separarlas, porque su utilidad varía. La tirotomía simple, la laringo-fisura con extirpación de las partes blandas, tienen indicaciones limitadas. El campo de la laringectomía parcial es más extenso.

Como operación curativa, la laringo-fisura sólo puede aplicarse á los tumores muy limitados de las partes blandas. Es preciso que no sean muy extensos, que no se hayan propagado á la región aritenoidea, ni á la comisura anterior, ni á la región anterior, ni á la región subglótica, ni á la tráquea.

Con el examen laringoscópico no es posible obtener datos precisos sobre la extensión de las lesiones subglóticas; muchas veces la laringo-fisura tiene únicamente el valor de una operación exploradora, ó es el primer tiempo de una intervención más completa.

Conviene operar lo más extensamente posible, y si la mortalidad de la laringectomía total no fuera tan elevada, no vacilaríamos en considerarla como la operación electiva. Preferimos la laringectomía parcial extensa. Se respetará, siempre que sea posible, un fragmento del esqueleto laríngeo. Los casos más favorables son aquellos en que la parte posterior y la epiglotis están intactas, y cuando puede conservarse la mayor parte del cricoides.

Es indudable que se disminuirá la mortalidad, reduciendo al mínimum los destrozos operatorios. Conviene, por lo tanto, hacer el diagnóstico precoz clínico é histológico, sin esperar para intervenir quirúrgicamente á que se presenten los caracteres clásicos del neoplasma.

Tratamiento de las faringitis crónicas. — El Dr. Savoire: En las faringitis crónicas empleo el tratamiento siguiente:

1.° Dos lavatorios diarios por medio de una sonda nasal anterior ó posterior, según la tolerancia de los enfermos, con medio litro de una disolución de fenosalilo al 1 por 100;

2.° El lavatorio es seguido de una inhalación nasal de cuatro á cinco minutos, con una cucharadita de la disolución siguiente:

Formol		5 decigramos.
Mentol	aa	10 gramos.
Gomenol	aa	10 gramos.
Cloroformo	aa	10 gramos.
Agua de colonia		100 —

3.° Todas las noches se tocará la naso-faringe con una de las dos disoluciones siguientes:

A)	Solución acuosa saturada de resorcina, 15 por 10.	
B)	Mentol	1 gramo.
	Tintura de iodo	5 —
	Glicerina	10 —

Con este tratamiento que es indolente, curan en pocas semanas las afecciones más rebeldes.

Tratamiento de las afecciones del tabique. — El Dr. Moure (de Burdeos): Cuando hay un espolón ó un engrosamiento del fibro-cartílago en el punto desviado, que es lo más frecuente, principio por suprimir la arista cartilaginosa y aplastar el tabique lo más posible para que no subsista la desviación. Curadas las lesiones producidas y reformada por completo en su superficie la mucosa, es decir, un mes después, opero del modo siguiente: Después de anestesiar con cocaína las dos caras del tabique, hago una incisión paralela al suelo de las fosas nasales, siguiendo en lo posible la inserción del tabique en este punto. Esta incisión tiene dos centímetros próximamente de longitud, principia detrás del subtabique y se extiende hacia atrás lo más posible. Hago otra segunda incisión á lo largo de la arista de la nariz. La parte seccionada tiene poco más ó menos la misma longitud

que la anterior. Obtengo así un colgajo triangular unido por delante al subtabique y por detrás á la lámina perpendicular y al vomer. Este colgajo es muy móvil. Introduciendo en el lado de la desviación un tubo dilatador especial, formado de dos láminas paralelas, una rígida y fija, y la otra, la interna, más ancha y de metal maleable, rechazo el tabique por medio de una pinza dilatadora introducida en el tubo. Doy así á la lámina móvil la forma que deseo que tome el tabique en su nueva situación y dejo aplicado el tubo durante siete á ocho días para que se unan las superficies seccionadas.

Durante las primeras cuarenta y ocho horas, como hay tendencia á producirse una reacción inflamatoria más ó menos intensa, según los individuos, aconsejo lavar la nariz con agua bórica hervida. Basta hacer después algunas inyecciones para impedir que se acumulen las secreciones costrosas que suelen formarse en el interior de las fosas nasales. Si no hay supuración, separo el aparato á los ocho días, en cuya época está corregida la deformidad.

He obtenido siempre con este procedimiento resultados notables en el adulto. En los niños es más difícil mantener aplicado el tubo por el dolor que produce, pero no conviene operar antes que se desarrolle por completo el armazón de la nariz, porque de lo contrario, puede reproducirse la deformidad. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesión del día 11 *de Octubre de* 1900 (1).

El tratamiento en los casos ginecológicos.—El Dr. Heywood Smith dijo que acostumbra á decirse «no se sometió á la operación sino al tratamiento». Con la asepsis algunas de las grandes operaciones practicadas por manos hábiles son menos peligrosas que otras operaciones de menor importancia, practicadas sin tanto cuidado. Conviene muchas veces correr algún riesgo con esperanza de curar en pocas semanas en vez de estar meses y meses sometidos á un tratamiento prolongado. El Dr. Smith indicó después algunas de las enfermedades en las que con la paciencia y el «tratamiento» suelen obtenerse buenos resultados sin operación, por ejemplo, las dislocaciones del útero en su primer período, las inflamaciones crónicas del endometrio ó del cuello, los fibroides uterinos incipientes, la ovaritis y salpingitis no blenorrágicas ó crónicas por excelencia. Cree el Dr. Smith que algunos métodos de tratamiento, empleados al principio del cáncer pueden contener el desarrollo de la enfermedad. Toda mujer que se queje de hemorragia en los períodos intermenstruales, debe ser reconocida porque de lo contrario se corre peligro de perder un tiempo precioso. Afirma que los estados morbosos de las mamas sean secundarios á las afecciones del útero y cuando éstas curan se corrigen aquellos.

(1) Primera del curso académico actual

El Dr. Skene Keith no cree que haya «tratamiento» alguno eficaz en el cáncer incipiente uterino ó mamario, excepto la extirpación.

El Dr. C. H. F. Routh dijo que existe una gran simpatía entre el útero y las mamas.

El Dr. Bowreman Jessett manifestó que según lo observado en el Hospital de cancerosos, el cáncer mamario es más frecuente en las mujeres casadas que en las solteras. No hay tratamiento eficaz contra las mamas quísticas; acostumbra á enviar estas enfermas á la costa durante algunos meses y si al regreso no han mejorado, extirpa la mama, porque estos quistes suelen ser precursores del cáncer. Ha ensayado la ooforectomía y la administración del extracto del cuerpo tiroides en 4 ó 5 casos de cáncer mamario inoperable, pero el resultado fué nulo.

El Dr. Inglis Parsons dijo que la endometritis suele ser debida al prolapso uterino y que la erosión y el derrame demuestran con frecuencia si el útero queda en debida posición con un pesario. Ha usado como tópico en estos casos el ácido fénico puro, el fenol iodado y el linimento de iodo, pero con resultados poco satisfactorios. Muchas veces no se descubre causa orgánica alguna de la menorragia y después de hacer el raspado no se encuentra engrosado el endometrio. Algunos operadores han recurrido en estas circunstancias á la histerectomía, pero obtiene buenos resultados con la corriente continua.

El Dr. H. Snow protestó contra todo «tratamiento» en los tumores mamarios en mujeres que han pasado de la edad media, aun en los casos de quistes, porque según su experiencia, estos quistes degeneran en cáncer más pronto ó más tarde. Cree, como el Dr. Jessett, que el cáncer de la mama es más frecuente en las casadas que en las solteras.

El Dr. H. Jellett manifestó que suele creerse que la tuberculosis de las trompas de Falopio es rarísima; pero la escuela francesa, que atribuye la mayor parte de las afecciones supuradas de los anejos al gonococo, admite que de cada cuatro casos de pio salpingitis, uno es debido al tubérculo. La experiencia del Hospital de la Rotunda de Dublin, confirma esta opinión.

El Dr. Macnaughton Jones dijo que la ginecología ha progresado basándose en la patología; los métodos de tratamiento que no tengan esta base deben desecharse. El verdadero tratamiento conservador consiste, no en administrar muchos medicamentos, sino en adoptar desde luego medios radicales cuando no puede esperarse la curación contemporizando.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 24 *de Octubre de* 1900.

Localización insólita de la lesión sifilítica primitiva.—El Dr. Eckstein: Aquí presento una joven que tiene desde hace seis ó siete semanas un tumor de consistencia dura, que en la actualidad alcanza las dimensiones de una ciruela y que presenta en el centro una erosión cubierta en parte de costras. La afección no es nada dolorosa y las partes inmediatas no están alteradas;

mas á pesar de esto, al poco tiempo de iniciada comenzaron á abultarse los ganglios linfáticos de la región y otros más distantes, y aparecieron condilomas planos en los genitales y en el ano. También presento otro enfermo cuya lesión primitiva radicó en el dorso de la mano. En este caso, lo mismo que en el anterior, el diagnóstico de una lesión sifilítica primitiva fué confirmado muy pronto por la aparición subsiguiente de sifílides maculosas y de pápulas grandes y pequeñas en todo el cuerpo, así como también de condilomas planos en las partes genitales.

Ambos enfermos estaban muy ajenos al mal que tenían y probablemente habrán contribuído á su propagación. Estos casos son muy interesantes por la localización insólita de la lesión primitiva y por el peligro de su propagación ulterior.

Extirpación total de la hipófisis del cerebro.—El Dr. Maas: La fisiología de la hipófisis del cerebro no ha sido estudiada de un modo especial hasta estos últimos años, pero aun estos mismos estudios no han adelantado gran cosa lo que se sabe de este asunto. Se pretende haber encontrado alteraciones de la hipófisis en los casos de acromegalia; pero este dato es sumamente discutible. Friedmann y yo hemos practicado la extirpación total del órgano. Esta operación habían sido muy pocos los que la habían ejecutado antes que nosotros, y aun en los casos en que al parecer terminó felizmente, nadie había conseguido conservar con vida los animales respectivos durante mucho tiempo. Sin embargo, nosotros, después de algunos fracasos, conseguimos semejante resultado, y en la actualidad poseemos algunos animales que resistieron bien la operación sin haber presentado nunca convulsiones ni otros fenómenos patológicos. Uno de ellos, que matamos á los tres meses y medio de haberle operado para estudiar las lesiones producidas, no había presentado en todo ese tiempo la menor alteración. En la orina nunca se encontró albúmina, pero en algunos de los animales se halló azúcar varios días después de la operación. La autopsia nunca reveló la existencia de lesión alguna, tanto en los huesos y en la glándula tiroides, como en el resto del organismo. Dato es este que tiene mucha importancia si se tiene en cuenta la relación que se ha pretendido establecer entre la hipófisis y el cuerpo tiroides. Estos experimentos han demostrado que en el gato (que fué el animal en que se experimentó) la hipófisis no tiene importancia alguna para la vida. Tampoco es probable que el cuerpo tiroides le supla en sus funciones, puesto que á uno de los animales le fueron extirpados ambos órganos sin el menor inconveniente.

El Dr. Friedmann: Aquí presento un gato al que se le extirpó la hipófisis sin que se haya resentido por ello, otro que se halla anestesiado por el éter, y que está tan preparado para sufrir la operación que ya está á la vista la glándula. Presento también algunos preparaciones anatómicas.

La operación se ejecuta por la vía palatina, y se prefiere el gato, porque se deja abrir mucho la boca. Después de anestesiado el animal por medio del éter y de fijar bien su mandíbula inferior, se sujeta la lengua, de tal modo, que queden á la vista el paladar duro y el blando. Con una incisión corta, pero practicada con energía en la línea media del velo del paladar, se pone al descubierto un trocito del esfenoides, que está cubierto por mucosa y periostio; desviados éstos por medio de la legra, queda el hueso á la

vista. En este punto se introduce una barrena fina de cuatro milímetros de diámetro, y se taladra el cuerpo del esfenoides en la línea media, cuidando siempre de que el instrumento se mantenga en dirección perpendicular al hueso. La abertura así obtenida, que comunica directamente con la base exterior del cráneo, se la dilata con mucho cuidado, y se extirpa un trocito de hueso de cuatro milímetros. Este es el momento más importante, y á la vez más difícil de la operación; pues por poco que nos desviemos de la línea conveniente, nos exponemos á penetrar en un seno ó en la carótida, con lo que sobrevendría una hemorragia mortal. Por esta razón, no creo conveniente usar el trépano, ni tampoco el escoplo y el martillo. Si la abertura se ha hecho en el sitio adecuado y se ha dilatado suficientemente, se ve la hipófisis del cerebro cubierta por la dura madre en toda su porción básica, y apareciendo como un cuerpecito blanco y redondeado. Se divide entonces la dura madre con un bisturí muy pequeño, y se introduce por el ojal practicado una sonda roma, con la que se recorre todo alrededor de la hipófisis, desprendiendo ésta de las partes inmediatas y facilitando así su extracción. La oclusión de la herida ósea, la produce la poca sangre que sale con el líquido cerebro-espinal, la cual se coagula. Procediendo con habilidad, se termina la operación sin gran hemorragia, y en veinte á treinta minutos. Con este procedimiento, tenemos un método seguro que nos permite extirpar fácilmente la hipófisis sin que se muera el animal. Este, cuando despierta de la anestesia, no presenta la menor alteración. En cambio, si la operación ha ocasionado hemorragia, la presión que la sangre ejerce sobre el bulbo produce indefectiblemente la muerte.'

En vista de los resultados que hemos obtenido, creo que la operación pudiera utilizarse también con un fin terapéutico, no sólo en los casos raros sí, pero fácilmente diagnosticables, de tumores de la hipófisis, sino también en los de meningitis vascular tuberculosa, para dar salida al exudado por la base del cráneo.

El Dr. König (*joven*): La idea que acaba de manifestar el Dr. Friedmann corrobora lo que ha resultado de mis ensayos en el cadáver y en el animal vivo, y de los cuales he dado cuenta en la *Terapéutica Quirúrgica de Bergmann.*

Desde hace años vengo practicando esta clase de experimentos y estudios, y he de recordar que v. Michel fué el primero que en 1880 abrió la base craneana en perros, gatos y conejos por medio del trépano; pero es lo cierto que la mayor parte de estos animales murieron de la operación, y que fueron muy pocos los que sobrevivieron á ella.

El Dr. Loewe: Yo también he practicado la operación para tratar ciertas afecciones nasales, así como las inflamaciones del laberinto del etmoides y de los senos esfenoidales. Para vaciar por completo la cavidad nasal, no he empleado la incisión de Gussenbauer, sino el método que propone Partsh.

Morfología del estafilococo blanco.— El Dr. Saul: Las colonias de las bacterias, y en especial de los esquizomicetos, necesitan semanas y meses para llegar al punto culminante de su desarrollo; por esta razón he modificado el cultivo en placas del modo siguiente: de un cultivo de estafilococo blanco en caldo, que tenga cuarenta y ocho horas, inoculo la porción que se coge con una varita pequeña en agar fundido y enfriado previamente á 40°. De

la copa primitiva se preparan, según las reglas usuales, diluciones que dejo coagular en el tubo de reactivo; con algodón en rama se impide que se impurifique el cultivo. Ahora bien; así como las colonias que se desarrollan en la superficie libre del terreno nutritivo presentan gran uniformidad, las más profundas aparecen con los caracteres especiales de las formas esféricas y circulares. Pick, ayudante de L. Landau, consiguió hacer accesibles estos cultivos á la técnica microscópica, y practicó series de cortes que pueden ser teñidos, fotografiados y amplificados con el aparato de proyección, demostrándose de este modo que el microbio se multiplica por división dicotómica.

El Dr. Pick: En el procedimiento corriente de inclusión de los cultivos en agar, en celoidina, parafina y tratamiento subsiguiente con alcohol á 80 por 100 y alcohol absoluto, el agar se pone en pocas horas lechoso, de color blanco amarillento, opaco, y además se reduce en un grado considerable. Mas como lo que importa, dada la disposición radiada de las colonias, es dividirlas en una dirección determinada, y como en el agar empequeñecido no se ve nada ó casi nada, tanto de las colonias superficiales como de las profundas, se me ocurrió idear algún nuevo procedimiento. Observando que cuando un cultivo de agar se saca del tubo de reactivo y se deja veinticuatro horas en una disolución de formalina al 4 por 100 se endurece, y que tratándolo después en alcohol al 80 por 100 ó en alcohol absoluto, no cambia la transparencia en una mezcla de alcohol, éter y celoidina, y tampoco se empequeñece la preparación, se me ocurrió emplear este procedimiento para impregnar el cultivo correspondiente en celoidina, con lo cual queda completamente transparente el agar y se presta al empleo del microtomo.

Aquí presento las copas con cultivos de bacterio coli y de bacterias del agua, que se han practicado en agar coagulado oblícuamente, y han estado en alcohol absoluto, aunque debo hacer constar que los ejemplares de una copa han estado primero en una disolución de formalina al 4 ó 5 por 100, después en alcohol al 80 por 100 y desde hace veinticuatro horas en alcohol absoluto.

El Dr. M. Wolff: He de recordar que en los cultivos de pústula maligna, ya en una época muy temprana, á saber, tres ó cuatro días después de practicado el cultivo, se pueden observar á simple vista las mismas ramificaciones dicotómicas que Saul nos ha presentado como cosa completamente nueva.

Recidiva de la infección en el tubo de reactivo.—El Dr. Saul: Si se obtienen estados tales que dificultan el desarrollo del estafilococo blanco, sin interrumpirlo por completo, se puede demostrar en el tubo de reactivo que el micro-organismo es capaz de producir recidivas espontáneamente. En una de las series de mis experimentos, en que mezclé caldo con 30 por 100 de glicerina y le añadí una gota de un cultivo en caldo de estafilococo blanco, que tenía cuarenta y ocho horas, pude comprobar el desarrollo de la infección á intervalos regulares. Al repetir por quinta vez el experimento, descendió dos veces la cifra de los micro-organismos y en proporciones regulares á 0; tres veces sobrevino una recidiva, después de haber llegado á un mínimum relativo la cifra de micro-organismos de la primitiva infección. Los microbios de la recidiva son bastante más resistentes que los de la in-

fección primitiva. Los efectos batericidas son inversamente proporcionales á la concentración. La concentración de 30 por 100 tiene importancia crítica para los micro-organismos, porque con ella la recidiva lo mismo puede faltar que presentarse.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento del prolapso genital en la mujer. — El Dr. Coville aconseja los medios siguientes :

1.° *Prolapso parcial.* — Reposo en el lecho, duchas vaginales y rectales calientes, mañana y tarde. Si el cuello está aumentado de volumen ó hay síntomas de metritis, se hará el raspado seguido de la amputación de Schroeder. Cuando haya prolapso de las paredes vaginales, se practicará la colporrafia ó la colpo-perineorrafia (procedimientos de Hegar, Doléris ó Lawson-Tait).

2.° *Prolapso complicado.* — El prolapso puede complicarse con afecciones uterinas, peri-uterinas ó de los anejos. La prolongación hipertrófica del cuello exige la amputación. Las desviaciones uterinas acompañan ó preceden con frecuencia al prolapso. La retro-desviación se tratará por la operación de Alexander, por la histeropexia abdominal, ó por la histeropexia con perineorrafia. La existencia de un fibroma ó de un cáncer exige la enucleación ó la histerectomía, completada á veces por la restauración perineal.

3.° *Prolapso completo.* — Si es posible obtener la reducción sin gran trabajo y la mujer regla aún, conviene limitarse á la cirugía puramente conservadora : se practicará la colporrafia ó la colpoperineorrafia combinada con la histeropexia abdominal ó el acortamiento de los ligamentos redondos. Cuando la enferma ha pasado el período de actividad genital, se recurrirá á la operación de Fritsch (histerectomía y colpectomía) ó á la de Quénu.

(*Presse medicale*). — F. Toledo.

Profilaxia y tratamiento del mareo. — El Dr. Herman Partsch, que ha sido muchos años médico de Marina, aconseja para evitar el mareo ó disminuir sus efectos, las reglas siguientes :

1.ª No se debe variar el régimen de vida habitual. 2.ª Los vestidos y el calzado se deben poner y quitar con facilidad. 3.ª Debe elegirse un camarote que esté situado en el centro del buque y que se ventile bien. 4.ª Cuando lo consienta el tiempo se estará sobre cubierta, medio echado y con los ojos cerrados; esta última precaución es muy necesaria. 5.ª En cuanto se sienta el menor malestar conviene echarse con la cabeza baja á fin de evitar la anemia cerebral que es una de las causas principales de la náusea y del vómito. 6.ª Las comidas habrán de ser muchas y en pequeñas cantidades. Es conveniente tomar tan sólo alimentos líquidos y de fácil digestión. 7.ª Después de cada comida conviene estar echado unos quince minutos. 8.ª El mejor momento para ingerir alimentos es inmediatamente después de un acceso de vómitos. 9.ª Se evitarán en lo posible toda clase de esfuerzos, corporales y psíquicos, y hasta la misma lectura. 10. El estreñimiento se combatirá

con inyecciones rectales de 10 á 30 gotas de glicerina pura, pero no con purgantes que favorecen la aparición del mareo. 11. El dolor de cabeza que á veces acompaña á éste se corrige mejor que con nada con el bromuro sódico; se tomará media cucharadita en un poco de agua, y si es preciso se repetirá la dosis al cabo de una hora.—(*Méd. Record*).—R. DEL VALLE.

Fracturas y hundimientos del cráneo durante el parto. — Los hundimientos de la bóveda del cráneo, dice el Dr. Prudhomme, que son de formas muy variables y que van acompañados á veces de fractura, pueden producirse durante el parto espontáneo en la pelvis normal. Se observan más á menudo en los partos distócicos. Son debidos casi siempre á la presion ejercida por la saliente del promontorio al encajarse la cabeza. Su sitio y forma varían según sea de frente ó de vértice la presentación. Su evolución es variable; en los casos benignos desaparece espontáneamente, pero otras veces ocasiona la muerte. En ciertos casos persiste y produce síntomas de compresión cerebral. Por este motivo conviene, siempre que sea posible, corregirla para evitar complicaciones ulteriores. Para prevenir los hundimientos en los casos distócicos, conviene no ejercer violencia alguna durante el parto.

(*These de París*). — F. TOLEDO.

Acetopirina.—El Dr. Winterberg y el candidato médico Sr. Braun aconsejan como antipirético la acetopirina, que es una combinación del ácido acetilsalicílico y de la antipirina. Los autores han ensayado el medicamento en unos 100 casos, sin que en ninguno de ellos hubiera ocasionado trastornos digestivos ni de otro género. En casos crónicos en que ya *a priori* era de creer que no produjera efecto alguno sobre los procesos reumáticos, administraron la acetopirina durante varias semanas y á la dosis de 3 á 5 gramos diarios. El apetito no se alteró, los enfermos no sintieron ninguna molestia ni dolor en el estómago y tampoco se observaron efectos accesorios de otra índole.

Respecto á los efectos terapéuticos, los autores deducen de sus estudios que la acetopirina está llamada á reemplazar al salicilato sódico y á las demás combinaciones del ácido salicílico, porque es tan útil como ellos como antirreumático, y tiene, en cambio, la gran ventaja de no producir ningún efecto secundario peligroso ni desagradable.

La acetopirina modifica mucho la temperatura orgánica; por lo general, en la primera media hora después de administrada la primera dosis asciende un poco la cifra térmica, pero en las siguientes comienza á descender mucho, llegando á la normal ó bajando más aún en el curso de dos á tres horas.—(*Wiener Klin. Wochenschr*).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS.

NECESIDAD DE PRECISAR LOS DIAGNÓSTICOS

POR EL

DOCTOR DON ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial.

III

NECESIDAD DE UN EXAMEN DE CONCIENCIA POR PARTE DEL ENFERMO Y DE UNA BUENA DIRECCIÓN EN EL INTERROGATORIO DE PARTE DEL MÉDICO

En la serie de artículos que venimos dedicando á la importancia que en el tratamiento de las enfermedades tiene un diagnóstico preciso, vamos á tratar hoy del asunto que encabezan estas líneas.

Llevamos hechos unos 25.000 interrogatorios, sin contar la Clínica del Hospital, en enfermos de todas las clases sociales, desde el espíritu más cultivado del hombre intelectual hasta el más inculto del hombre del pueblo; desde la mujer de la más alta sociedad y más espiritual, hasta la del pueblo de menor cultura, y podemos asegurar, sin temor á rectificación, que hay pocos enfermos, aun los más aprensivos, que no ya en las enfermedades agudas donde, por regla general, la fiebre embota sus facultades intelectuales, sino que en las crónicas, que la aprensión las aguza, que vayan al médico con la precisa preparación de su parte para facilitarle el difícil papel de la investigación necesaria á través del tiempo discurrido desde la primera aparición de algún síntoma molesto, hasta la presencia del síntoma alarmante que les mueve á venir en nuestra busca.

Es España seguramente el país de mayor número de católicos, en cuya religión está la prescripción de confesarse, y creemos que todos los que practican esta prescripción guiados por su director espiri-

tual, hacen un examen de conciencia, por uno ú otro procedimiento, al objeto de llegar al confesonario sin olvidar pecado alguno que deje la conciencia en estado de enfermedad crónica moral; pues bien, si esto lo practicaran antes de la confesión de sus enfermedades, más del 80 por 100 de los enfermos podrían salir de manos del médico con la absolución con que salen del confesonario después de una confesión bien hecha, bien entendido, si cumplen la penitencia, que en el hecho de la confesión médica representa el cumplimiento exacto del tratamiento médico, que olvidan muchos enfermos ó cumplen de mala manera, casi al salir de nuestra consulta.

Siguiendo la comparación de la confesión, es cierto que dentro del catecismo hay guía segura para el examen de conciencia, cosa que falta en el examen de conciencia médica, por una parte, por la ignorancia del enfermo de los datos precisos de anatomía y fisiología, y por otra por la mala dirección que les damos al convertirnos en directores espirituales de su concienciencia médica.

Hay dos clases de enfermos: una los enfermos que, creyéndose ilustrados, hablan y se quejan de los órganos, dándoles hasta nombres técnicos, é ignorando por completo hasta su situación más aproximada; otros que, ignorándolo todo, se quejan de una manera empírica, y confunden las sensaciones, tomando por picor, por ejemplo, lo que es dolor, y por parálisis hasta lo que es movimiento.

Dividiendo también los enfermos desde otro punto de vista, los hay aprensivos que exageran todo; aprensivos que, dándoselas de despreocupados, tratan de engañarnos para saber la verdad y después morirse de miedo, y, por último, despreocupados verdaderamente que disminuyen todos sus padecimientos.

Pero donde es más necesario fijarse es en la perturbada idea que tienen los enfermos del tiempo. Rara vez sabe el enfermo á ciencia cierta cuándo comenzó su mal, sobre todo en los crónicos. Olvidan, no ya la división del tiempo en horas y minutos, en días, semanas y meses, sino que cometen, de buena fé por supuesto, errores de años enteros, contestando siempre á la pregunta del tiempo que llevan enfermos por la frase sacramental de *hace mucho tiempo* y este mucho tiempo, después de una investigación detenida, resulta algunas veces ser un mes, por ejemplo, y en el enfermo inmediato dos años. Y si desde la consideración anterior se pasa á querer fijar la aparición ó época de un síntoma culminante ó de trascendental gravedad, pocas veces ó ninguna recogemos el dato de la hora precisa, y el ejemplo de algunos síntomas bastará á fijar el alcance de este error. En-

fermos del estómago á quienes atormenta dolor agudo, se ven perplejos para afirmar, cuando el dolor no es continuo, el tiempo transcurrido, por ejemplo, entre la ingestión del alimento y la aparición del dolor, dato de una trascendental importancia para juzgar de la causa y naturaleza del padecimiento del estómago. Enfermo que viene á casa del médico ó llama á éste profunda y justamente alarmado por una hemoptisis, pocas ó ninguna vez precisa el momento inicial de la salida de la sangre, y, por último, enfermo que, termómetro en mano y de la manera inconsciente con que manejan los profanos este instrumento, le habla al médico de grados y décimas como si lo entendiera, y al interrogarle confunde y no determina si hubo ó no escalofríos y á qué hora, y si aquella elevación de temperatura ha empezado en este ó el otro momento.

Otro de los datos que tampocò entran en el examen de conciencia de los enfermos, es la iniciación de algunos síntomas olvidados y que al traérselos á la memoria, por una buena dirección del interrogatorio, nos ilustran mucho. Sacando argumentos de nuestra especialidad, citaremos dos síntomas que aclare nuestro pensamiento. La hemoptisis, por ejemplo, sólo es tenida en cuenta cuando en forma brusca sobreviene un vómito, pero ¡cuántas veces hemos llegado á conseguir que enfermos que negaron toda salida de sangre, recuerden alguna época en que arrojaron esputos sanguinolentos que, como ellos dicen, *eso no valía nada!* El otro síntoma es la disnea. Muchos enfermos cardíacos más ó menos avanzados, al llegar á nosotros han asegurado que su disnea era muy reciente, que hasta hacía pocos días ó meses no la habían sentido, y lo afirman porque así lo creen, y sin embargo, ahondando y siendo machacones en el interrogatorio, logramos saber que ya hace mucho tiempo, como ellos dicen, á veces años, tuvieron lo que Huchard ha llamado con tanta precisión disnea de esfuerzo, lo que nuestros clásicos patólogos españoles llamaron cortedad de aliento. Estos sujetos, ya en el ejercicio de su profesión, á veces en sus juegos infantiles, que tan lejos se va, se cansaban con más facilidad que sus compañeros, no podían hacer esfuerzo violento sin cansarse. De más edad, abandonaban ya el taco ó la escopeta, por fatigas que por pequeñas descuidaban, y este dato de la disnea precoz es para nosotros un síntoma de transcendencia para juzgar si el estado del corazón es el correspondiente á enfermedad de tan corta fecha y fundamentar el pronóstico y el tratamiento, algo aventuradamente.

A este mismo grupo de hechos perdidos y de importancia capital

por falta de un buen examen de conciencia, antes de ir al médico, pertenece uno de los síntomas más descuidados por el enfermo; me refiero á los edemas. Este síntoma aparece en los edemas supradiafragmáticos al levantarse y en los infradiafragmáticos al acostarse; hecho que está regulado por razones anatomo-fisiológicas, para desapárecer en el transcurso del día ó de la noche. Pues bien, este síntoma no sorprende á los enfermos hasta que, ó alguna persona de su alrededor, nota que se le ha hinchado la cara, ó él mismo advierte que sus botas le molestan, mas por la noche al acostarse que durante el día, y á veces no notan nada, hasta que por nuestra investigación el enfermo recuerda algo de estos hechos.

Como es casi seguro que este artículo no le lean los enfermos, basta con lo dicho para demostrar la necesidad de un examen de conciencia detenido de parte de éstos, pero como somos nosotros los encargados de dirigir la conciencia de nuestros enfermos, hemos hecho las anteriores consideraciones para fundamentar la segunda parte de este artículo, ó sea las bases para redactar los mandamientos que deben presidir en la confesión é interrogatorio, para dirigir en nuestro confesonario la conciencia y la inteligencia del enfermo, para que éste no se pierda en el laberinto de sus recuerdos, y nosotros no nos extraviemos en la dirección de nuestras preguntas y en el juicio de nuestro diagnóstico.

Hechas las anteriores consideraciones respecto al enfermo, haremos las pertinentes al médico, que son las más interesantes en este asunto. No vamos á repetir y rehacer cuanto se ha dicho y está escrito, ya en los libros especiales del diagnóstico, ya en los libros de Patología general, sino á tratar de algunos puntos difíciles de este mismo interrogatorio, que una vez mal empezado, con dificultad podremos volver á coger ese hilo. La primera dificultad que se presenta, sobre todo en la mujer, es la edad, pero considerando que la importancia de este dato no está en la edad civil, en el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de nuestra exploración, la dificultad se resuelve admitiendo la edad que nos diga é integrando en el diagnóstico la edad médica, tan distinta de la edad civil, que rara vez coinciden, y habiendo diferencias entre la edad médica y la civil, tanto en ventaja de una ú otra, como en defecto, porque sabemos que hay sujetos que representan, por gastados, mucha más edad que la que tienen, y otros nunca representan el tiempo pasado, solamente debemos tener como término aproximado de comparación de la edad médica á la edad civil.

La segunda dificultad surge en la cuestión de los antecedentes de familia Raro es el enfermo que conoce á fondo lo sucedido en punto á enfermedades, no ya en sus líneas colaterales, sino algunas veces en sus líneas directas ascendentes y descendentes. Por imprevisión en preguntarlo, por mala revisión en los datos, ó por ignorancia real ó efectiva, nos falta este dato, si no dirigimos bien esta parte del examen de conciencia del enfermo. Para conseguir un conocimiento exacto no hay que exagerar el alcance y querer que el enfermo sepa la historia patológica de su bisabuelo, y únicamente en aquellas enfermedades de verdadero carácter hereditario debemos refrescar su memoria sobre tres puntos verdaderamente culminantes. El recuerdo de las afecciones de herencia directa, es decir, de aquellas enfermedades en las que, como en la tuberculosis y la sífilis, el agente patógeno conocido ó incógnito es capaz de pasar directamente al feto. Segundo, investigar todos los antecedentes de aquellas afecciones capaces de determinar una predisposición, una degeneración particular que, más ó menos acusada, pueda llevar al sujeto á un padecimiento que cual estigma de familia venga repitiéndose en sus antepasados ó se reproduzca en sus hijos.

Todavía es más difícil, no dirigiendo nuestra investigación con gran tacto, que hacer confesar á un enfermo su edad y sus antecedentes, el que confiese sus hábitos y sus vicios, máxime cuando algunos de éstos no los tendrá el enfermo como tales y creerá como cosa muy corriente y nada dada á engendrar enfermedades, abusos de lo que él cree casi moderación ó cuando menos uso prudente y razonado. En este asunto puede ocurrir también que el enfermo, exagerando el alcance patógeno de estos hábitos, los exagere, no faltando casos en que también lo haga por vanagloria.

Por último, hay enfermos que igualando sus vicios y sus virtudes, más bien achacan á éstas, sobre todo á excesos de trabajo, lo que suelen ser excesos en el descanso.

Tres hábitos ó costumbres son las que mayor influencia tienen para la pérdida de la salud, y casi ningún enfermo confiesa alguno de ellos (el alcoholismo, el tabaquismo y los excesos en los placeres venéreos); si no se preguntan no se confiesan, y si se confiesan es siempre con atenuantes, y sólo una conversación no interrogativa ni inquisidora, sino familiar, puede conseguir la plena confesión de estos hábitos.

Aparte de estos tres hábitos tan patógenos, debemos tener en cuenta también los referentes al hábito morboso de los diferentes oficios

ú ocupaciones y al hábito cuasi común de las transgresiones de régimen en las horas de comer, que pocas veces son fijas y arregladas.

Terminaremos estas observaciones acerca del hábito con la recomendación de no olvidar en todo interrogatorio la cuestión del exceso de trabajo físico é intelectual, de la mayor ó menor regularización del sueño, y enlazar, para no dejar cabo suelto con este motivo, las condiciones de la habitación en que se duerme, sobre todo de su ventilación de día y noche, y de su luminosidad durante el día, así como de si el enfermo duerme ó no solo, y de esta manera tener ya el dato del posible contagio ó de la predisposición adquirida por deficiencias de cubicación en el cuarto de dormir.

También es difícil averiguar lo referente á las enfermedades pasadas, porque si fueron agudas ó febriles, rara vez el enfermo sabe distinguir entre ellas cuál fué la padecida, y confunde todas, salvo las eruptivas, que por su manifestación cutánea no puede desconocerlas. Pero principalmente en las de pecho se necesita una buena dirección en el interrogatorio para discernir cuál fué la padecida. Para los enfermos sólo hay dos enfermedades: ó han tenido catarro ó han tenido pulmonía, y desde hace diez ú once años para médicos y enfermos todo cuanto ha ocurrido en el pecho ha sido grippal. Esta afección epidémica ha desterrado al reumatismo, que fué la vulgaridad causal de nuestros padres, y raro es el enfermo que no ha tenido grippe y raro es el médico que en estos últimos años no ha diagnosticado como tal toda afección de pecho y aun de cualquier otro órgano. Hay, sobre todo, una enfermedad de pecho de gran frecuencia en la realidad y que rara vez se consigna en los antecedentes patológicos del enfermo; me refiero á la pleuresía, que salvo las francamente inflamatorias que acompañan á las pulmonías, constituyendo el célebre dolor de costado, por su forma insidiosa y sus escasas manifestaciones ostensibles, la pleuresía pasa inadvertida ó cuando menos englobada en los procesos morbosos más ostensibles del pulmón. Donde se observa con mayor claridad esta deficiencia es en el interrogatorio de los tuberculosos, siendo así que en muchísimos de ellos, tal vez si hubiera diagnosticado más precozmente esta enfermedad, si nos hubiéramos fijado médicos y enfermos en ciertos dolores de que los enfermos cuasi no recuerdan y que, localizados en los vértices, representan la iniciación de tan terrible dolencia y la anuncian con más frecuencia que las célebres y desacreditadas hemotipsis, que por su aspecto dramático, por su brusquedad y por la alarma

que infunden, son la llama que descubre el incendio oculto y cuyos humos sutiles, representados por la pleuresía, pasan inadvertidos ó se descuidan por negligencia indisculpable.

Para no ir analizando hecho por hecho todos los necesarios en la descuidada exploración de las enfermedades antecedentes á la primera observación de un enfermo, terminaremos este punto con el análisis de la investigación de la enfermedad más difícil de averiguar, á pesar de los estigmas que suele dejar: nos referimos á la sífilis. Los larguísimos períodos silenciosos, la carencia de síntomas durante mucho tiempo y la pequeñez en la mayoría de casos de su síntoma inicial, la úlcera dura, hacen que de muy buena fé los enfermos nieguen en redondo, y plenamente convencidos de ello, el haber padecido sífilis, al extremo de que muchos de los que hemos tenido en nuestra observación con sífilis del pulmón, del corazón ó de las arterias y cuya evidencia no ha podido dudarse por la eficacia del tratamiento específico, se han mostrado tan sorprendidos que sólo esta evidencia ha llevado el convencimiento á su ánimo. Para muchos médicos y para casi todos los enfermos, para confesar la sífilis se hace preciso que los síntomas sean de los tangibles, y despreciando los fugaces los niegan ó los ignoran y sólo á fuerza de paciencia y de despertar recuerdos, ó lo que es más terrible, por la presencia del contagio en el cónyuge ó, más terrible, de la sífilis heredada en sus hijos, ven claro ese antecedente tan precioso para las afecciones del pulmón, del corazón, de los vasos, del hígado y de las terribles dolencias sifilíticas cerebro-espinales, que pueden llegar al horrible cuadro de la parálisis general progresiva, y cuyo desconocimiento etiológico de la sífilis en estas afecciones malogra la pronta y segura intervención terapéutica, que aplicada á tiempo puede modificar y modifica tamaños estragos.

Entre las enfermedades padecidas con anterioridad al momento de nuestra observación primera, puede haberlas con relación á ésta ó totalmente independiente, constituyendo las primeras, más bien que una enfermedad distinta la misma repetida, es decir, constituir lo que podemos llamar enfermedades recidivantes ó de repetición que de tal manera aclaran nuestro diagnóstico que á veces basta investigar bien este dato en los enfermos, para diagnosticar bien y pronto la enfermedad. Entre éstas, citaremos como las más frecuentes, las nefritis que nos llevan como por la mano al conocimiento del riñón cardíaco ó del corazón renal, aclarando muchísimas veces el interrogatorio acerca de la orina y sus caracteres, la naturaleza de

la enfermedad que aquejan, mejor dicho, de que se quejan los enfermos con el indeterminado calificativo de catarro, pensando que todo lo que les sucede, es dependiente del dicho catarro que en último término no es sino un síntoma de la afección primitiva del corazón ó del riñón. La sucesión de repetidos cólicos, ya en la región superior del abdomen como los cólicos hepáticos, ya en la región inferior como los cólicos verdaderos, ya en la región iliaca derecha como en las apendicitis de repetición ó recidivantes, pero sobre todo, las hemorragias, síntoma que de no ser testigos presenciales del mismo, tanto extravían el diagnóstico, constituyen toda una serie de datos que, perdidos, olvidados ó mal interpretados, son otros tantos senderos engañosos que en vez de acortar el camino le extravían y nos conducen al error.

Otro de los puntos que hemos de cuidar en el interrogatorio, es el referente á la iniciación de la enfermedad objeto de la consulta ó de la llamada. En los casos de enfermedad aguda, en la que ni se puede ni se debe perder tiempo, y á veces el estado del enfermo es de los que exigen corto interrogatorio y rápida intervención en dirigirles el interrogatorio á tres ó cuatro puntos culminantes y de transcendental importancia, sobre facilitar después el reconocimiento, acredita al profesor y á veces salva al enfermo, pero esta rapidez exigida por lo apremiante del caso, no debe ser tal que nos conduzca á juicios prematuros ó soluciones sin madurez y á intervenciones á veces perjudiciales. En este caso, tiene gran importancia lo que decíamos hace un momento, referente á la tendencia especial que tienen algunas enfermedades á la recidiva y la gravedad creciente de cada nuevo ataque de estas enfermedades, de tal manera, que en algunas el pronóstico cambia por completo, con sólo que la enfermedad se haya ó no repetido más de una vez, y por ejemplo, el pronóstico en la pulmonía está más bien subordinado á esta consideración de la recidiva que á la extensión é intensidad del padecimiento. En otras, por ejemplo, las complicaciones inherentes á las mismas, no suelen presentarse en el primer ataque y así el reumatismo articular agudo, pocas ó ninguna vez, se complica en el primer ataque con el corazón y sus membranas, siendo estas complicaciones del centro circulatorio más comunes y casi patognomónicas del segundo ataque en adelante. Por el contrario, la casi seguridad de la no recidiva de algunas enfermedades, como por ejemplo, la fiebre tifoidea y otras infecciones de este grupo, hacen que un interrogatorio bien hecho pueda excluir dichas afecciones aun cuando la sintomatolo-

gía se asemeje mucho en estos casos. Por lo tanto, con la prudencia necesaria y con la rapidez que el caso exija, aun en las enfermedades agudas, no estamos dispensados de un detenido interrogatorio, de una confesión bien hecha, antes de proceder á un reconocimiento que sin dejar de ser detenido, puede sin embargo simplificarse si hemos atado bien los cabos en la primera parte de la exploración ó sea en el interrogatorio.

En las enfermedades crónicas, así como en las agudas, existe un dato poco tenido en cuenta en la mayoría de los interrogatorios, nos referimos al examen detenido en la anamnesia del estado de resistencia y fuerza del enfermo. Rara vez podemos recoger un dato seguro referente á este asunto. ¿Cuándo el enfermo empezó á sentir decaer sus fuerzas? Dato es éste de mucha transcendencia si le podemos precisar. Represéntase el estado hígido por un conjunto de hechos, entre los cuales hay dos que casi le caracterizan en absoluto; uno de ellos es lo que pudiéramos llamar la tendencia al buen humor, la dificultad para entristecerse, lo fugaz de las sensaciones tristes ó deprimentes. El otro es esa satisfacción íntima, la sensación de una fuerza interior, de una conciencia de nuestras fuerzas para la actividad cotidiana, sensación que se manifiesta principalmente en dos momentos del día, uno al levantarnos, mejor dicho al despertarnos, que casi nos hace exclamar: ¡qué bien me siento!; otro al llegar la hora de comer, que también nos hace exclamar muchas veces: ¡qué buen apetito tengo! Pues bien, hay muchas enfermedades de un principio tan insidioso que sólo es la pérdida ó perturbación de esta sensación de fuerza, y bien ésta marca su principio, y entre ellas hay dos que analizaremos como ejemplo de lo dicho: la tuberculosis y las nefritis y cuyo análisis podía aplicarse á las demás.

Este estado indefinido de debilidad y malestar, es el tipo del período inicial de las nefritis, y de tal manera es insidioso, que se le juzga al que se queja como un aprensivo ó como un neurasténico. Su cansancio, como la nefritis, es patrimonio de la quinta decena de años á la sexta de la vida, se achaca al resultado, lento y continuo, del batallar de la vida; su cefalalgia entra en socorrido grupo de las jaquecas, y hasta el edema pretibial, si alguna vez se llega á conocer, rara vez se le relaciona con el estado general, y hasta su palpitación que á la auscultación da el signo de ritmo de galope, queda como un hecho aislado en aquella neurastenia, que se diagnosticó con verdadera economía de tiempo y con mayor retraso de tratamiento.

Respecto á la tuberculosis, el retraso en el diagnóstico se engen-

dra y nace en la mayoría de casos, además de los defectos del interrogatorio, en los olvidos de este estado particular de sensación, de pérdida de fuerzas y de decaimiento orgánico. Hace falta llegar al período abierto con sus catarros, y aun pleuresías y pulmonías, su fiebre y hasta casi sus cavernas, para constituir y sentar un diagnóstico de tuberculosis. La anemia, los abusos de la juventud, los catarros por enfriamiento y hasta el paludismo, sin olvidar el consabido diagnóstico de aprensión, todo se recorre y á todo se recurre, menos á una investigación, á un examen de conciencia de parte del enfermo y á una confesión bien hecha de parte del médico para obtener con una percusión superficial y profunda con la aplicación del diapasón de la mensuración y hasta de la radiografía, el diagnóstico de una tuberculosis revelada á veces ó por un accidente casual, ó lo que es más frecuente, por la primera hemoptisis, y aun entonces todavía, se habla de hemoptisis predisponente, y á veces hasta se desprecia hecho tan significativo que se trata por una medicación empírica y sintomática.

No hemos de recorrer todas las caídas que enfermos y médicos podemos dar en este calvario de la investigación; pero sí diremos algo de otros dos hechos que caracterizan el principio de muchas enfermedades, y cuya fecha fija se pierde en los recuerdos del enfermo ó se olvida en las preguntas del médico. Nos referimos á los trastornos del apetito y de la digestión, y al síntoma todavía más interante de la pérdida total ó parcial del sueño, así como las perturbaciones que en él se experimentan desde la sencilla agitación fugaz y pasajera que caracteriza al sueño de una noche después de un día de cansancio físico ó moral, hasta el insomnio, el ensueño, la soñolencia y la pesadilla que marcan los diversos grados, todos morbosos, de la sanguificación por exceso, defecto ó presencia en la sangre de tóxicos de la célula nerviosa, venidos y procedentes del exterior en todos los reinos de la naturaleza, del interior de todas las transformaciones que constituyen la auto-toxicoemia, que caracteriza el renacimiento científico en el humorismo moderno, y que, alterando la funcionalidad de dicha célula, anuncia esta perturbación del sueño con gran antelación de los signos locales, afecciones de entrañas tan importantes como el hígado, y marcan fechas muy anteriores de la iniciación de algunas enfermedades, de las que el enfermo ó el médico tienen por ciertas, por ser las en que la víscera, responsable de aquel trastorno del sueño, aparece en escena con síntomas propios de su función, de su dinámica, perturbada á causa

de alteraciones anatómicas hondas, que sólo por algunas ptomaínas precoces se pudo conocer el principio de aquellas enfermedades.

Llevaríanos muy lejos el análisis de estos síntomas, que por fugaces y precoces pasan inadvertidos por enfermos y médicos; pero creemos que lo dicho justificará la necesidad de un interrogatorio detenido antes de pasar á un reconocimiento que, por detenido que se haga, falto de base ó mal encaminado desde el principio, nos inducirá en una vía cada vez más distante del objetivo verdadero, y á veces caminaremos paralelos á la verdad y, por lo tanto, en la imposibilidad de alcanzarla, como imposible es que se junten las líneas paralelas.

Para conseguir los resultados apetecidos en un buen interrogatorio, hay, pues, que juntar los esfuerzos del médico y del enfermo y tratar en cuanto sea posible de reducir á mandamientos los preceptos de este interrogatorio, para que, como decíamos al principio, médico y enfermo pierdan el menos tiempo y consigan el mayor resultado.

UN CASO DE ANGINA DE PECHO DE ORIGEN PALÚDICO

POR

D. JOSÉ ALONSO GONZÁLEZ

Médico en La Bañeza (León).

Vicente Pozuelo, de cuarenta y ocho años de edad, casado, guarda del monte, de constitución robusta, irreprochable salud habitual y buen género de vida, si se exceptúa su excesiva afición al tabaco.

Sin anamnesia hereditaria ni personal digna de mención, este enfermo nos refiere que el martes 12 de julio próximo pasado, en ocasión de estar talando encinas, y como á las doce y media de la tarde, se sintió repentinamente acometido de un dolor intenso que, localizado en un principio al nivel del apéndice xifoides, se extendió pronto á la espina del omoplato del lado izquierdo, invadió seguidamente todo el hombro y se continuó por el brazo del mismo lado hasta llegar á los dedos, en cuyo sitio trocóse el dolor en una sensación de hormigueo que, si al principio fué casi imperceptible, pronto alcanzó más intensidad, hasta llegar á hacerse sumamente molesta.

Al propio tiempo que esto sucedía, refiere nuestro enfermo que era presa de una ansiedad, angustia precordial muy intensa y molesta, hasta el extremo que, sintiendo verdadera necesidad de respirar, no podía apenas verificar esa función. Además sintió flaquearle las piernas, teniendo que sentarse para no caer; echóse sobre la hierba y tuvo que levantarse rápidamente *por miedo á morirse acostado* (textual). En este estado permaneció unos treinta minutos, pasados los cuales todos aquellos síntomas alarmantes empezaron á ceder, y al cabo de una hora no le quedada más que una postración acentuadísima acompañada de sudor profuso, frío, viscoso y mucha palidez.

El miércoles 11 lo pasó relativamente bien, pues sólo le molestaba un ligero dolor al nivel de las articulaciones de los miembros torácicos y abdominales, y muy especialmente en las muñecas.

El jueves 12, como aún se encontrara algo molestado, se presentó á consultar su dolencia á las once de la mañana, y tuve entonces ocasión de presenciar un ataque característico á mi juicio.

Apenas había terminado el enfermo de referirme lo expuesto, cuando bruscamente se levanta de la silla en que estaba sentado y una palidez súbita se apodera de su cara; instintivamente se lleva la mano derecha al corazón y le aprieta en ese sitio; la respiración se suspendió. Le tomé el pulso en la radial izquierda, y en el primer momento era lento y duro; pronto empezó, sin embargo, á hacerse débil y veloz, llegando á ser filiforme y terminando por suspenderse; al mismo tiempo la respiración vuelve, pero es una respiración difícil, anhelosa; la palidez llega á su máximum; los ojos se vuelven hacia arriba y se rodean de un círculo morado, parece como si se los hubieran hundido, y un sudor profuso, frío y viscoso le inunda el el rostro; en el paroxismo del ataque el enfermo se desvanece y cae apoyado contra la pared. Al poco tiempo vuelve á notarse el pulso y entonces el enfermo es acometido de un acceso de tos acompañado de violentas arcadas, en las que expulsa un poco de líquido viscoso, en el que se divisaban, fijándose mucho, ligeros ramos rojos, que tenían toda la apariencia de ser de sangre.

Poco á poco los síntomas fueron cediendo, y cuando al cabo de diez ó doce minutos pudo hablar el enfermo, nos dijo que igual había sido el ataque del martes; pero que en éste, el del jueves, había tenido más miedo á morirse, porque había sido peor. Después de media hora quedaba solamente una respiración fatigosa, que llegaba á ser disnéica, algo de palidez y mucha postración de fuerzas.

Después de lo que había referido el enfermo y de lo que había su-

cedido en mi presencia, me pareció poder diagnosticar, con mucha probabilidad de acierto, una estenocardia. Los ataques habían sido bastante característicos, y, por otra parte, algo decía á nuestro favor el tratarse de un individuo excesivamente aficionado al tabaco, de una complexión robusta, entregado á una vida relativamente poco azarosa, y el haberse presentado el primer ataque con ocasión de un ejercicio violento. El diagnóstico fué, pues, estenocardia.

Ahora bien; como los accesos habían sido en breve plazo, no nos mereció confianza el emplear la trinitina por lo lento de su acción, dejándolo para más tarde si conseguíamos levantar el corazón del enfermo, que latía débilmente después de haber sufrido aquellos dos rudos ataques. Por esa misma razón no nos fijamos tampoco en el nitrito de amilo, aparte de la dificultad que entrañaría disponérselo á un hombre de la condición de nuestro enfermo, que quizá llevado del afán de terminar con el ataque, se lo hubiera inhalado á una dosis excesiva. Así es que se le dispuso una infusión de digital y una mixtura antiespasmódica, para atenuar en lo posible el reflejismo. Excusado es decir que se le prohibió el uso del tabaco.

El viernes 13 lo pasó sin novedad, y al día siguiente, sábado, vinieron á avisar con urgencia que le había repetido el ataque á las seis y media de la mañana, con más violencia que los anteriores. Cuando llegué á verle, el ataque había pasado y el enfermo estaba algo pálido nada más; pero me llamó la atención una fiebre bastante elevada, de 39° y medio, acompañada de mucha sed y dolor de cabeza. Entonces pensé si sería un acceso de paludismo y como por ensalmo acudieron á mi memoria los accesos anteriores de estenocardia.

Era verdaderamente chocante la forma tercianaria que habían seguido, pues habiéndose presentado el primero el martes á medio día, pasó el miércoles bien y el jueves tuvo otro, con la circunstancia de comenzarle dos horas antes que el primero; el viernes transcurrió bien, y el sábado tiene el tercer acceso más temprano que los otros, más violento y seguido ya de fiebre. Como era el único asidero que quedaba y había mucha probabilidad de que fueran accesos de intermitente larvada, no vacilé ya y se le dispusieron 2 gramos de sulfato de quinina para tomarlos el domingo que le tocaba estar bien.

El lunes lo pasó bien, y hoy hace un mes de esto, y no ha vuelto á tener novedad.

Ahora bien; ¿era, en efecto, la estenocardia de origen palúdico, ó

fué solamente un fenómeno hijo de la casualidad la desaparición de los ataques?

Es cierto que los accesos de estenocardia suelen desaparecer espontáneamente durante muchos días, meses y aun años, y aquí podríamos haber dado con uno de estos casos; pero no es menos cierto que sería mucha casualidad la desaparición de los accesos al día siguiente al en que se le administró la quinina; aparte de la característica marcha tercianaria que habían seguido, de lo frecuente del paludismo en este país y de lo frecuentes que son también las formas llamadas larvadas, que todos los días se están registrando bajo la forma de neuralgias, tortícolis, contracturas de las piernas, etc. Por eso creía, y sigo creyendo, que la estenocardia reconocía un origen palúdico.

Porque descartando que éste haya sido un paréntesis que haya hecho la enfermedad, no nos queda otro diagnóstico más que ese, y, sobre todo, viendo lo fácilmente que cedió al específico por excelencia del paludismo, á no ser que fuéramos á creer en la virtud curativa de la quinina en la angina de pecho, idea de la que no participo, pues aún no la he visto proclamada por nadie, y aunque es cierto que Strumpell la cita, es él solo y á título como de curiosidad, como cita el bromuro de potasio, el nitrato de plata, el óxido de zinc, etc.; es la costumbre de citar muchos medicamentos por lo mismo que no hay uno sólo que sea eficaz.

Creo que éste sea un caso raro, y por eso le doy á la publicidad (1).

(1) Después de escritas las precedentes cuartillas he asistido al V. P. de unas intermitentes características, acompañadas de mareos y calambres en las piernas; han cedido perfectamente á la quinina, y me han hecho afirmar en mi creencia de que la estenocardia era de origen palúdico. Hoy goza el enfermo de perfecta salud.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de Enfermedades de los niños en el Instituto Rubio.

I. La campaña de Filipinas, por el médico militar Dr. D. Lorenzo Aycard. Madrid, 1900.

II. Guía del diagnóstico de las enfermedades mentales, por D. Joaquín Martínez Valverde. Barcelona. 1900.

III. Proyecto de reglamento de higiene y policía de la prostitución, por D. Arturo Monge y Cuadrado. Madrid 1900.

I

Tiempo hace conocíamos los trabajos publicados por el Dr. Aycard en la *Revista de Sanidad Militar*, sus condiciones de escritor correcto y de hombre de ciencia distinguido entre los médicos del Cuerpo de Sanidad militar; por eso no nos extraña ver impresa esta obra, reflejo de sus excelentes cualidades de observador y experto cirujano. Muchas de las notas que en él se consignan, y tomadas de la última guerra en Filipinas, en donde el Dr. Aycard prestó tan valiosos servicios, se hubieran perdido para la ciencia si no se presentaran coleccionadas con tanto cuidado y acierto. Tan sólo por este hecho merece plácemes el Dr. Aycard, si no realzasen el mérito de su trabajo las notas brillantes que él consigna, haciendo de su trabajo un Tratado muy especial de cirugía militar. En él pueden estudiarse las heridas producidas por armas de fuego y machete que ocasionaron tantos destrozos en nuestros soldados, curso de sus heridas y afortunadas intervenciones del autor del trabajo, en el cual no falta capítulo dedicado á explicar la forma en que se prestaron los servicios sanitarios.

II

Ya el Dr. Galcerán en un erudito prólogo á esta obra, dice de ella el juicio que seguramente ha de merecer á la clase médica, «es un guía fiel, dice, para resolver las principales cuestiones, tanto de orden clínico como de orden legal que se pueden presentar en la práctica médica relacionadas con enfermedades mentales», y con ello su autor ha satisfecho el deseo de hacerla útil para los médicos que, no dedicados al estudio especial de la frenopatías, necesitan resolver con-

flictos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, así como asuntos relacionados con la Medicina legal.

Pocos trabajos, aunque muy buenos, se han publicado en España relativos á estas cuestiones que en su obra estudia el Dr. Martínez Valverde, y por eso se estima mucho mayor su trabajo por los que gustan de ver esta especialidad bien cultivada en nuestra patria y por los que desean imponerse de cuestiones inherentes á ella, poco atendida en las centros de enseñanza y por las aficiones de la clase médica en general.

Esta obra, pues, llena su misión práctica en la bibliografía española y de su extensión puede juzgarse por los capítulos que desarrolla, en los cuales la claridad y concisión son las notas características.

Elementos sintomáticos, funcionales, orgánicos ó constitucionales de la alucinación mental; el capítulo detallado de diversas clasificaciones de las enfermedades mentales; la melancolía en sus variedades; la locura circular; la parálisis general; la locura parcial crónica; las neurastenias; la imbecilidad; idocia; cretinismo, y un interesante capítulo dedicado al estudio de las locuras sintomáticas. Se ocupa luego del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la alienación mental, para terminar la segunda parte de la obra con ideas de deontología y medicina legal frenopática, dando cuenta además, de las disposiciones legales vigentes en España, que tienen relación con los alienados. Estas son las cuestiones que constituyen el índice de la presente obra, que seguramente tendrá la aceptación que se merece tan laudable trabajo científico del Dr. Martínez Valverde.

III

¿Por qué la Administración central no sujeta á debida inspección y deja á la iniciativa y criterio de sus representantes en provincias el servicio llamado de Higiene especial? Esta pregunta ha motivado que el Dr. Monge y Cuadrado se ocupe en la redacción de un Proyecto de Reglamento de Higiene y Policía de la Prostitución, porque entiende que, si «un Reglamento único, prescrito por autoridad superior, limitando facultades omnímodas de la inmediata inferior existiese», se hubieran evitado perturbaciones que interesan á la moral pública, por una manifestación social de imposible extirpación, pero susceptible de estar mejor reglamentada.

No hemos de analizar punto por punto los términos de este trabajo, que seguramente ha de servir de mucho al legislador que quiera

inspirarse en sus reformas en un criterio científico y práctico. El Dr. Monge y Cuadrado ha sabido demostrar, como médico higienista, que conoce á fondo los deberes de su difícil cargo.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Contribución al estudio de los abscesos del cuello de origen auricular. — El Dr. Ramón Castañeda, publica en *La Oto-Rino-Laringología Española*, los siguientes casos clínicos sobre este asunto:

Se refiere el primero á una señora de treinta y seis años de edad, que aquejaba una afección dolorosa de su oído izquierdo, que comenzó hacía dos semanas con sensación de plenitud y dolores, dificultad en la audición y malestar general; los dolores fueron en aumento, irradiándose á las regiones parietal y mastoidea correspondientes, é impidiéndole el sueño. Por el curso de la enfermedad y remedios empleados, notó el aumento de volumen, primero detrás de la oreja con dolor á la presión; y más tarde, en la parte inferior de la misma hacia el cuello. No refiere antecedentes morbosos que puedan relacionarse con la enfermedad actual, ni ha tenido enfermedad ninguna de garganta, nariz ni oídos; desconoce, por tanto, la causa de su mal.

Presenta un edema inflamatorio retro-auricular, con desviación marcada del pabellón hacia adelante, con presión dolorosa de la apófisis mastoides. Las paredes del conducto, tumefactas, impiden la introducción de un espéculo; los movimientos comunicados al pabellón son dolorosos. La depresión natural del trígono faringo-maxilar se halla borrada, y en su lugar se nota una tumefacción, ligeramente rojiza y difusa, del volumen de una nuez grande, que borra el borde anterior del músculo esterno-cleido mastoideo, en su tercio superior. Esta tumefacción tiene todos los caracteres de un absceso, y al comprimirla se nota que tiene salida el pus por el conducto auditivo. Como se ve por lo que antecede, la primera impresión es la de que se trataba de una otitis media aguda con propagación mastoidea y consecuente mastoiditis de Bezold, y sin embargo esto no era cierto.

En el curso del tratamiento se pudo comprobar que la lesión primera fué una otitis circunscrita del conducto, que produjo un edema peri-auricular con periostitis externa, propagación al tejido celular subcutáneo y á la porción fibrosa que une el cartílago á la porción ósea, y formación de absceso cervical, abierto al conducto por una de las cisuras de Santorini. Un estilete flexible pudo encontrar en la pared inferior del conducto un trayecto que comunicaba con el absceso. Abierto éste y prolongada la incisión hasta el conducto cartilaginoso con el desagüe antiséptico correspondiente, curó en

pocos días, sin otros síntomas por parte del oído medio ni de la apófisis mastoides. Tan pronto como fué posible la dilatación del conducto externo, se comprobó que la membrana timpánica era normal, y la audición también, desapareciendo el edema peri-auricular.

El otro caso es el de un joven ebanista que padecía una otorrea derecha desde niño. Hacía dos semanas, á consecuencia de una agudización en su oído enfermo, había tenido grandes dolores que no le dejaban dormir. Presenta aspecto de sufrimiento, con tinte terroso y estado febril. En la región cervical derecha existe una tumefacción difusa de gran extensión, como de diez centímetros de diámetro, situada al nivel de los dos tercios inferiores del esterno-mastoideo, sin cambio de coloración de la piel, con sensación de pastosidad y fluctuación profunda, dolorosa al tacto; por su volumen obliga al tortícolis forzado del lado opuesto. La mastoides es también dolorosa á la percusión, aunque no tumefacta. Existe una perforación amplia del tímpano en su segmento posterior, con granulación rojiza hacia el ático, algún descenso de la pared posterior y superior del conducto, y escasa supuración fétida en el fondo. Comprimido el absceso cervical, no se nota comunicación con el oído medio, pero en vista del estado del enfermo hice la trepanación del antro y ático, encontrando el antro sin granulaciones ni supuración manifiesta; en el ático legró granulaciones con restos cariosos. Trató de inspeccionar algún trayecto que le pusiera en comunicación con el foco cervical, y no pudo hallarlo, en vista de lo cual, por una amplia incisión, profundizó capa por capa en el sentido longitudinal del borde anterior del esterno-mastoideo, desbridando la fascia profunda; debajo de este músculo encontró un vasto absceso que dió salida á una gran cantidad de pus espeso y cremoso. Una vez limpio el foco, buscó en su parte superior, con el índice, la punta de la apófisis mastoides que encontró normal. Aunque aquí no existió el síntoma de la salida de pus por el conducto al comprimir el absceso, la lesión crónica del oído medio, seguida de una agudización, y ésta de la formación de un absceso cervical profundo que se acompaña de mastoides dolorosa, parecen inclinar á la idea de la mastoiditis de Bezold. No cabe duda que este es un caso de *flemón sub-esterno-mastoideo por infección ganglionar de origen auricular*. Dice Broca que estos casos merecen ser registrados, porque las infecciones ganglionares de origen auricular son poco conocidas. Hamon de Fougeray se pregunta qué vía ha seguido la inflamación en estos casos, pues los Tratados de anatomía nos enseñan poco sobre la circulación linfática del oído y sobre los ganglios, á los cuales aboca.

Al hablar de la patogenia de estos flemones, dice Mignon que es preciso distinguirlos de los que determinan las mastoiditis de Bezold, que son producidos por la abertura de una fístula mastoidea, bajo el músculo esterno-cleido mastoideo, y bajo el punto de vista terapéutico, pues curan sin tocar á la apófisis por el sólo desbridamiento de las partes blandas; pero no se atreve á afirmar que algunos vasos linfáticos tributarios de la mucosa endomastoidea, y que llegan á la capa celulosa profunda del cuello por alguno de los orificios de la punta de la apófisis mastoides, no sean los responsables del flemón cervical.

A medida que se van conociendo mejor las propagaciones de las infecciones auriculares, se nota mayor diversidad; así puede presentarse un abece-

so osifluente procedente de osteítis de la cara inferior del peñasco con integridad del conducto auditivo externo y del oído medio. Lubet-Barbon, en una comunicación á la Sociedad francesa el año 1896, demuestra la existencia de abscesos mastoideos desarrollados en las células mastoideas sin encontrar supuración en la caja, ni lesión en ella, cuyo origen cree faríngeo, que atravesando la trompa y el oído medio, su germen se ha desarrollado allí; y el Dr. Collinet refiere un caso en que el pus, después de haber perforado la pared posterior del peñasco, levantó la dura-madre, y caminando bajo ella, ganó el occipital, que también perforó, para presentarse bajo las masas musculares de la nuca. Hablando de la flebitis de origen auricular, dice Mignon que hasta ahora todos los casos se han relacionado á inflamaciones sinuso-yugulares, y sus observaciones personales le han demostrado que estas flebitis pueden atacar ya la yugular interna, ya al plexo venoso suboccipital, sin que el seno lateral, con el cual estos vasos comunican, presente lesiones clínicamente apreciables. Sappey ha demostrado, en el estudio de la osificación del conducto auditivo, la existencia de un orificio en la pared inferior, que existe normalmente en el niño hasta la edad de tres años y aún más tarde, persistiendo alguna vez en el adolescente y en el adulto, teniendo entonces su asiento en la pared anterior sobre el segmento retro-glaseriano de la cavidad glenoidea, y cuando menos en el niño, los abscesos parotídeos y maxilo-faríngeos pueden tener su salida por allí.

Es preciso, por tanto, no formase idea anticipada de que todo absceso cervical acompañado de lesión auricular es una mastoiditis de Bezold. Esta, en realidad, es solamente aquella que por una disposición particular anatómica abre paso al pus en la cortical interna de la apófisis al nivel de la ranura del digástrico, y siguiendo el músculo de este nombre se establece bajo la masa del esterno-cleido-mastoideo para hacer su salida por el oído medio al conducto auditivo externo. En este particular se adhiere á la opinión de Broca, que la toma por una anormalidad, y, por lo tanto, muy poco frecuente, pues en su estadística, de 200 casos dice que no ha encontrado más que uno, y éste dudoso. Sin embargo, conviene advertir que la mayor parte de su estadística se refiere á la infancia, en cuya edad no han alcanzado suficiente desarrollo las células mastoideas para verificarse esta modalidad, como sucede en el adulto.

De lo que antecede deduce como conclusiones:

1.ª Que la mastoiditis de Bezold, requiriendo una disposición anatómica especial y un trabajo patológico en un sentido adecuado, son muy poco frecuentes.

2.ª Que siendo muy diverso el origen de las supuraciones migratrices del cuello, el valor patognomónico de la salida del pus por el conducto auditivo externo al comprimir el absceso, se pierde desde el momento que algunos abscesos peri-auriculares tienen su salida por él, sin lesión mastoidea.

3.ª Que sólo la intervención operatoria manifestará la vía seguida por la supuración, debiendo ser aquélla ecléctica y oportunista, empezando por la incisión del absceso cervical cuando éste se halle bien diagnosticado y la mastoiditis sea por el contrario mal dibujada; y viceversa, empezando por la trepanación mastoidea si ésta se halla muy manifiesta y se presenta sólo tumefacción é infiltración en la región cervical.

Empleo terapéutico del suero fisiológico bovino.—En *La unión de los Médicos titulares de España*, se publica el trabajo presentado por el Dr. Vidal Solares, en el último Congreso Internacional de Medicina, celebrado en París y que sintetiza su autor en las siguientes conclusiones :

El suero fisiológico bovino tiene valor positivo, empleado por las vías bucal ó rectal, en la tuberculosis en general, por la influencia beneficiosa que ejerce sobre la digestión y la nutrición.

En las enfermedades, como la anemia, clorosis, púrpura, raquitismo, diarreas graves, corea y convalecencias difíciles, y aun siempre que no sean de temer los procesos reaccionales que el suero en inyección subcutánea determina, puede aplicarse en esta forma, además de los procedimientos por ingestión y por enema.

La acción del suero bovino es dinamógena y tónica, debiéndose añadir el efecto peptógeno cuando se toma por la boca.

La preparación del suero exige fundamentalmente la más perfecta asepsis y mucho cuidado en la esterilización discontinua á 62° C.

Las observaciones hechas en el Hospital de niños pobres de Barcelona bajo su dirección, comprueban clínicamente el valor del suero bovino fisiológico en Pediatría. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 31 *de Octubre de* 1900.

Mónstruo doble menonfalo esternopago. — El Dr. Pinard : Voy á ocuparme de un trabajo enviado por el Dr. Barette de Caen. Una mujer de veintiséis años, primípara y bien constituída, presentó los síntomas del parto. Una comadrona rompió la bolsa de las aguas; aparecieron en la vulva dos piés, y al hacer la palpación se descubrieron dos cabezas en el fondo del útero. Un médico descubrió un tercer pié, y por el tacto encontró el cuarto miembro inferior replegado en la vagina. Procuró extraer los dos miembros inferiores menos encajados, y no pudiendo conseguirlo, llamó en consulta al Dr. Barette.

Este introdujo la *mano* en la vagina entre los dos fetos, que fué detenida por una resistencia, los cuerpos de las criaturas. En el fondo de este surco encontró la inserción de un cordón único, en el que no notó pulsación alguna. El Dr. Barette diagnosticó dos fetos unidos por su plano anterior, y como no existía signo alguno de vida y fueran infructuosas todas las tentativas para desencajarlos, practicó la embriotomía en el feto más encajado.

El otro feto fué extraído sin dificultad alguna. Alumbramiento espontáneo; puerperio feliz. Los padres de estas criaturas no presentaban estigma alguno.

Niego la influencia de la heredo-sífilis en la producción de los mónstruos dobles. En la Clínica de Baudelocque, durante los diez años últimos hubo 234 partos gemelos, 150 en multíparas y 84 en primíparas. Nacieron 396 criaturas, de ellas 355 vivas. Su mortalidad ha sido ligera, lo que no acontece en los heredo-sifilíticos.

Dejo á un lado la patogenia y la etiología de los mónstruos dobles, y voy á ocuparme de la particularidad que presenta el parto en los casos de mononfalos.

Mi colega el Dr. Porak dice: «El mecanismo del parto en los mononfalos es fácil de comprender». No participo en absoluto de esta opinión, porque el mecanismo no es siempre el mismo. Los casos observados por A. Scott (de Glasgow), en nada se asemejan al que han observado mi colega y su interno Georghin. El observado por el Dr. Barette difiere completamente.

El mecanismo está en relación con la presentación, con el volumen de los fetos, con la intimidad de la unión, etc. Admito que el parto se efectúa espontáneamente la mayor parte de las veces, pero es indudable que á causa de estas monstruosidades puede haber obstáculos difíciles de salvar.

El Dr. Barette procedió de la manera debida en su caso, porque los fetos habían muerto. Pero plantea el problema siguiente:

Si las criaturas hubieran estado vivas, ¿los debía haber sacrificado ó era preferible recurrir á la operación cesárea para extraerlos con vida?

Creo que si por mis exploraciones manuales tengo la *seguridad* de que se trata de un *mononfalo xifopago* de término ó casi de término vivo que no puede extraerse por las vías naturales sin sacrificarlo, debe practicarse la operación cesárea. En los demás casos practicaré la embriotomía, porque estos fetos no pueden vivir.

El Dr. Porak: El informe del Dr. Pinard completa el mío de la sesión anterior. No cité en él á Fol ni á Matías Duval, porque me inclino á negar la influencia de la polispermia en la producción de los mónstruos dobles. La polispermia es un fenómeno normal en el axolotl (Fick), en los reptiles (Oppol, Nicolas), en los selacios, y en estos animales los mónstruos dobles no son más frecuentes que en los otros. Los experimentos de Roux, Boris, Lœb, etc., han probado que pueden obtenerse dos embriones, dividiendo un huevo normal desde los primeros períodos del desarrollo. La monstruosidad doble es debida más bien á la segmentación del disco germinativo.

Es posible que la polispermia tenga más importancia de la que le concedo, pero no se sigue de aquí que no sea un trastorno de nutrición. La monstruosidad no es un capricho de la naturaleza, es un trastorno nutritivo. El embarazo gemelo puede ser análogo, en algunos casos raros, á la monstruosidad doble. Por consiguiente, todo trastorno nutritivo del huevo ó de la madre, es capaz de producirlos. La sífilis figura en la etiología de los mónstruos.

El Dr. E. Perrier: No niego que la penetración de dos ó más espermatozoides en el óvulo influya en la producción de los mónstruos dobles, pero esta «hiperfecundación» no es indudablemente la causa única.

Aplicaciones prolongadas de compresas de éter en la hernia estrangulada. — El Dr. Fiessinger: Las aplicaciones locales de éter en la hernia estrangulada, son empleadas á menudo por los prácticos. No se conoce tanto el efecto de su aplicación prolongada durante una hora ó más. Al parecer, la mayor parte de las hernias estranguladas en las que está justificada la intervención operatoria, ceden con este medio tan sencillo.

¿Cómo obra el éter en estos casos? Sin duda por vía refleja y provocando una vaso-constricción profunda. El asa herniada se descongestiona, y entra entonces con más facilidad que ha salido.

Con los saquillos de hielo aplicados sobre las estrangulaciones herniarias se obtienen también éxitos indudables. Pero su empleo no es tan práctico ni su eficacia tan segura. El hielo no se tiene con tanta facilidad como el éter y además éste es más activo ¿Es porque produce un efecto anestésico mayor? Probablemente, puesto que la refrigeración por el éter puede llegar á varios grados bajo 0, mientras que la del hielo queda á 0 grados. Se comprende por esta causa, que la acción de las compresas sea más favorable que la de las pulverizaciones, porque el éter pulverizado se mezcla con algo de aire que atenúa sus efectos. Sea la que quiera la explicación, queda el hecho clínico.

El saturnismo en los lapidarios. — El Dr. Fiessinger: Muchos de los obreros lapidarios del Jura Superior, padecen accidentes de saturnismo; su número va disminuyendo sin duda, porque se ha sustituído la rueda de plomo destinada á tallar las piedras preciosas por la de cobre. En cambio, no se observa en ellos la gota, lo que prueba que no es la intoxicación plúmbica capaz por sí sola de producirla y que el nombre de gota saturnina es impropio. La causa de esta inmunidad, es sin duda la higiene de estos obreros, que les pone al abrigo de la insuficiencia hepática, condición favorable (Murchison, A. Robin) para la génesis del acceso gotoso.

Los trastornos nerviosos son frecuentísimos entre los lapidarios; figuran en primera línea el histerismo y la neurastenia saturnina. La dispepsia saturnina es también frecuente á causa de la vida sedentaria de estos obreros.

La parálisis saturnina es relativamente rara, pero en cambio, la nefritis se observa á menudo. La anemia saturnina no es patrimonio de los lapidarios jóvenes. Los cólicos los he observado sólo en un enfermo.

La tuberculosis pulmonar es frecuente entre los lapidarios. La respiración del polvo de esmeril, la promiscuidad de enfermos y sanos, son los factores esenciales de la invasión tuberculosa y del contagio.

Es errónea la creencia de que la tuberculosis ataca rara vez á los que han padecido accidentes plúmbicos graves. La impregnación plúmbica superficial no se opone en modo alguno á la germinación del bacilo de Koch. Si el plomo ejerce una acción antibacilar, será á grandes dosis, produciendo un envenenamiento general.

Muchos autores han señalado la influencia de la intoxicación plúmbica sobre el aborto. Nada de esto he observado.

Las lesiones arterio-esclerosas, producidas por el plomo, no se limitan al corazón y á los riñones, sino que interesan también los vasos del cerebro. Muchos lapidarios mueren de apoplegía á una edad no muy avanzada.

F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de laringología y rinología.

Hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoides.—El Dr. H. Cuvillier (de París): Durante ocho años he tratado en la Clínica del Hospital de Niños enfermos 569 casos de hipertrofia simple de las amígdalas, 1060 de vegetaciones adenoides simples y 1156 de hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoides asociadas. El predominio de las lesiones de la amígdala faríngea, es por consiguiente notable. La edad de estos enfermos era por término medio de cinco á siete años; pero las vegetaciones adenoides existen aún en los niños de pecho.

Las amígdalas son: 1.ª, pediculadas; 2.ª, enquistadas; 3.ª, lagunares. El tratamiento varía según la forma.

1.° Pediculadas: amigdalotomía en frío ó con el asa galvánica;

2.° Enquistadas: cauterización punteada superficial, fragmentación;

3.° Lagunares: abertura en caliente ó en frío, fragmentación.

En las formas mixtas se asocian los tratamientos. La hipertrofia amigdaliana bien tratada no recidiva.

Las vegetaciones adenoides revisten tres tipos clínicos: 1.°, respiratorio; 2.°, auricular; 3.°, mixto. En los 2019 casos, el tipo respiratorio se observó 1214 veces, el auricular 75 y el mixto 730.

En cuanto hay tumor adenoide verdadero, el tratamiento será quirúrgico. Las complicaciones operatorias son rarísimas. No hay más contraindicación que la hemofilia perfectamente caracterizada. Es necesario operar sea la que quiera la edad del enfermo. Las vegetaciones adenoides extirpadas radicalmente no recidivan.

Cuando estas vegetaciones van acompañadas de catarro naso-faríngeo, empleo las inyecciones nasales los días que siguen á la operación.

Algunas palabras sobre mis nuevas cánulas de traqueotomía.—El Dr. Ricardo Botey (de Barcelona): Publiqué en los *Anuales des Maladies de l'oreille, du larynx, etc*, un artículo, en el mes de febrero de 1899, en el cual puse de relieve los inconvenientes de las cánulas ordinarias de traqueotomía.

Estos inconvenientes eran: su cortedad relativa y su corvadura total siempre idéntica; la obstrucción de la punta por mucosidades espesas y adherentes, la mortificación de las paredes de la tráquea con el pico de la cánula, las dimensiones demasiado grandes del pabellón, el mecanismo de fijeza de la cánula interna, etc., etc. Propuse entonces una porción de pequeñas modificaciones á estas cánulas, indicando las ventajas que así se lograban.

Desde aquella fecha nuevamente he perfeccionado mis cánulas, como podréis ver en el modelo de mi cánula núm. 9, la más comunmente utilizada en la práctica.

En primer lugar, he hecho dorar la cánula externa y el pabellón, esto cuesta una bagatela y garantiza el tubo contra la oxidación.

El radio de corvadura de mi cánula núm. 3, es como en las cánulas ordinarias, de 4 centímetros. El espesor de su extremidad traqueal, de 11 milímetros; el de su extremidad externa, tocando el pabellón, de 12 milímetros. Mis cánulas, como ya lo he descrito, son rectilíneas en su segmento inferior, donde termina ordinariamente la punta de la cánula, ésta se prolonga verticalmente, y, por consiguiente, paralelamente á las paredes de la tráquea, de una longitud de 13 milímetros para la núm. 3.

El pabellón se halla reducido á las más estrictas dimensiones, 16 milímetros de altura por 30 milímetros de longitud, encontrándose el tubo inserto en su centro. El pabellón de la cánula no tiene otro objeto que retener á ésta é impedir que caiga en el tubo traqueal; por consiguiente, no es necesario que aquél posea grandes dimensiones. Por otra parte, los pabellones ordinarios ocultan una parte de la herida del cuello, que no puede de este hecho vigilarse y curarse convenientemente; estorban en las operaciones sobre la laringe (tireotomía), una vez la cánula en situación. En los enfermos de cuello preconsular y generalmente en todos aquellos pacientes que deban llevar el tubo durante mucho tiempo, un pabellón de pequeñas dimensiones no hiere la piel, no estorba los movimientos del cuello, no apercibiéndose apenas el enfermo que lleva la cánula.

Por otra parte, he colocado el pequeño ganchito que retiene la cánula interna en el lado derecho del pabellón. De esta suerte no se ensucia con las mucosidades, siendo más fácil verlo al sacar la cánula interna y fijarla después de su introducción, que cuando aquél está situado por debajo de la abertura externa.

El reborde de la porción saliente al exterior de la cánula interna, posee una de las extremidades de la escotadura por donde se insinúa el gancho, un tope, que facilita la colocación de la cánula interna, de tal manera, que el mismo enfermo puede en plena obscuridad sacar ó introducirse la cánula interna. Esto es una gran ventaja, ya que de este modo el paciente no tiene necesidad de nadie para limpiar su cánula, pudiendo verificarlo, no importa el sitio, en su cama, sin molestar á nadie, teniendo tan sólo á mano un poco de agua y un escobillón.

Las dimensiones de mi cánula núm. 3 son las más apropiadas para los adultos de ambos sexos. Con 11 milímetros de espesor del pico de la cánula, se obtiene el máximum de toma de aire por el tubo necesario al enfermo y compatible con el perfecto funcionamiento.

Después de una multitud de ensayos en el cadáver y en el vivo, estoy convencido actualmente que en general no es preciso pasar de estas dimensiones, ya que más de 11 milímetros de grueso en su extremidad interna, y más de 12 en la periferia, dificulta algunas veces la deglución, pues el tubo empuja entonces demasiado hacia atrás la pared posterior de la tráquea hacia el esófago.

Por otra parte, las dimensiones del tubo son suficientes para que el aire expirado pueda pasar entre la cánula y las paredes de la tráquea cuando el enfermo quiere hablar cerrando momentáneamente la abertura externa de la cánula.

No hay, por lo tanto, necesidad en la mayoría de los casos, de perforar en su centro la parte convexa de las cánulas interna y externa para facilitar la curación del paciente.

Encuentro únicamente á mis cánulas un inconveniente, que creo imposible casi de vencer. Este consiste en la necesidad de hacer flexible la extremidad traqueal de la cánula interna, ya que es sabido que para que dos tubos inflexibles puedan introducirse uno en otro, es preciso en absoluto que sean rectilíneos ó que pertenezcan á un segmento regular de circunferencia.

Para obtener esta flexibilidad de la punta de la cánula interna, ha debido transformar ésta en tres vueltas de espiral de 3 á 4 milímetros de anchura, pues la articulación de este tubo interno está sujeto á romperse aun más fácilmente y á retener las mucosidades difíciles de limpiar. Este espiral quita á mis cánulas la solidez en los casos en que el constructor no se preocupa de fabricarlas con una plata muy elástica y poco frágil, ya que si no se llena esta condición, un pedazo de cánula interna puede caer en la tráquea.

Para evitar esta ruptura de un fragmento del extremo inferior de la cánula interna, la espiral termina superiormente en el centro de su cara cóncava, pues como los tubos, tanto de la cánula interna como de la externa, son soldados por el artífice á lo largo de su cara convexa, si á su proximidad ó allí mismo termina el corte de la espiral, con los esfuerzos de torsión, que con ella á veces se hacen, se puede despegar aquel trocito, por el sitio de la soldadura, como me aconteció recientemente en un caso.

Patogenia y tratamiento de la parestesia laríngea. — El Dr. Ricardo Botey (de Barcelona): Las histéricas suministran una buena proporción de esta categoría de enfermos y en realidad la famosa bola *histérica* que es *una exageración de la parestesia*, pertenece á esta clase especial de desórdenes nerviosos. Mas los trastornos de que voy á ocuparme, son algo menos acentuados, son sobre todo patrimonio de los neurasténicos y de los hipocondríacos.

En todos estos enfermos, el resultado del examen faringoscópico y laringoscópico es negativo. Sería un error creer que las lesiones, casi siempre insignificantes, que se encuentran á menudo en las amígdalas, faringe y base de la lengua, puedan ser la causa de las diversas sensaciones que sufren estos individuos.

Dejando aparte el estudio nosológico de esta curiosa enfermedad, no voy á exponer aquí más que algo nuevo desde el punto de vista de su mecanismo íntimo, y como consecuencia proponer, en pocas palabras, una terapéutica quizá más eficaz que la instituída hasta hoy día por todos los neurólogos y aun por los laringólogos.

Veamos ahora si no soy víctima de apreciaciones erróneas.

En 1894 leí en el XI Congreso Internacional de Medicina de Roma, una comunicación sobre la parestesia faringo-laríngea, en la cual demostré que en estos trastornos de la inervación periférica, acompañados de lesiones insignificantes ó nulas de la mucosa, existía casi siempre cierto grado de anestesia de la faringe y de la laringe, una *hipoestesia*, una *disestesia* menos acentuada que la *anestesia* de las histéricas, ya que ésta es llevada á un grado muy elevado, apreciable al contacto del dedo ó del estilete y la hipostesia parestésica es mucho menos intensa, más difícil de encontrar por consiguiente, ya que si el médido no la busca pasa desapercibida.

Por otra parte, afirmaba también en este trabajo que existen á menudo en estos casos trastornos secretorios de la mucosa; estos trastornos son transitorios y poco marcados, desapareciendo completa é inmediatamente después de la comida. La mucosa en los intervalos es menos lubrificada que de ordinario, acusando el enfermo una sensación de sequedad, la cual no es puramente subjetiva, ya que realmente á la *paresia sensitiva* viene á juntarse un *paresia secretoria*, encontrándose la faringe oral parcialmente durante algunas horas del día, menos húmeda que al estado normal, casi seca ó seca del todo en determinados sitios.

Desde entonces he observado un número considerable de parestésicos de la garganta, notando, por otra parte, que esta sensación de molestia, de cuerpo extraño de que todos se quejan, se encuentra principalmente localizada en la epiglotis y algunas veces también en la mucosa de los aritenoides. La sensación es siempre vaga, difícil de precisar por parte del enfermo, pero si armados de paciencia tocamos una á una las diferentes partes de la faringe y de la laringe, pidiendo al propio tiempo al enfermo si el sitio tocado es donde siente ordinariamente la sensacion de molestias, casi siempre cuando tocamos el borde libre de la epiglotis y algunas veces cuando hacemos lo propio con los aritenoides, afirma al instante que allí reside el punto de sus sensaciones desagradables.

Rara vez el enfermo nos asegura, tocando con el estilete la amígdala ó la base del pilar posterior, que la sensación de molestia que experimenta reside á esta altura. Jamás llega á decir que estas sensaciones parestésicas se localizan en el pilar anterior, sobre el velo del paladar, la úvula y demás partes de la faringe, cuando obramos del propio modo con un instrumento de punta roma.

He también notado que si se insensibiliza la mucosa con algunos toques de cocaína, la parestesia faringo-laríngea *aumenta* considerablemente. El enfermo afirma en seguida que se encuentra peor, pareciéndole que el obstáculo que tenía en su garganta ha aumentado de volumen y la molestia se hace mayor á la deglución de la saliva. Esto prueba evidentemente que existe una estrecha relación entre la disestesia y la parestesia, ya que disminuyendo artificialmente la sensibilidad ya embotada de la mucosa, la parestesia aumenta hasta el punto, algunas veces, de resultar intolerable, sintiendo el enfermo ahogarse, desfallecer, amenazado de un síncope.

Este hecho inclina á creer que la parestesia es una consecuencia de la hipoestesia. Esta disminución de la sensibilidad táctil de la mucosa faringo-laríngea, origina en las regiones centrales del sistema nervioso acciones inhibitorias especiales reflejas que producen la ilusión de un obstáculo, de un cuerpo extraño interpuesto al paso del aire y de la saliva, ya que al estado normal los filetes nerviosos sensitivos de la faringe y de la laringe, advierten constantemente al *sensorium* el libre paso del aire y de la saliva, á pesar de que estas sensaciones sean inconscientes ó poco menos.

Cuando esta sensibilidad general se encuentra disminuída, los centros nerviosos perciben mal é incompletamente estas sensaciones y el *tonus* reflejo subsiguiente se encuentra proporcionalmente disminuído.

En todo el trayecto de las vías respiratorias este *tonus* reflejo sensitivo existe, pero con distinta modalidad, para los bronquios y vesículas pulmo-

nares, que para el interior de la laringe, cuerdas vocales, la faringe y la entrada de la laringe. Propiamente hablando, no se trata, pues, de un *tonus* reflejo, ya que esta palabra es sinónima para el interior de la laringe de la contracción muscular abductriz de las cuerdas vocales de mediana intensidad por parte de los crico-aritenóideos posteriores, asegurando así de un modo continuo la libre penetración del aire á través de la cavidad laríngea.

No se trata tampoco de la excitación de los filetes procedentes del pulmón que se encuentran en el tronco del pneumogástrico, lo cual acelera los movimientos respiratorios y aumenta la profundidad de la respiración.

Se trata de una acción especial que produce sobre el sensorio la disminución de la excitabilidad de los filetes nerviosos sensitivos de la epiglotis, de los aritenoides y de algunas partes de la faringe (seno piriforme, parte laríngea de la faringe) inervados por los ramitos superiores de la rama sensitiva del nervio laríngeo-superior. Es una alteración del centro de la sensibilidad de esta porción laríngea y faríngea, con paresia de los músculos thyreo y ari-epiglóticos, que son inervados por la rama interna del laríngeo superior, ya que en estas ocasiones la epiglotis se muestra siempre recta, apoyada contra la base de la lengua, y á pesar de que el enfermo diga, cuando le tocamos la epiglotis y los aritenoides, que allí reside el punto de sus sensaciones anómalas, el contacto de este instrumento no provoca más que tardíamente y con lentitud los movimientos reflejos, siendo percibido este contacto con menor intensidad. Existe, pues, pero en menor grado, algo semejante á la anestesia dolorosa de la laringe, descrita por Schnitzler. Esta anestesia siempre incompleta parece ser incompatible con un estado de congestión viva de los aritenoides y epiglotis; á menudo la coloración de estos órganos es normal, siendo algunas veces más pálida que de ordinario. Si casualmente el enfermo contrae una laringitis aguda ó una amigdalitis, la parestesia desaparece para volver después de la curación de la enfermedad, en algunos casos, y para no reaparecer más en otros.

Los casos observados me han hecho pensar que en la parestesia laríngea podría existir un cierto grado de anemia local, algunas veces relativa. Creo que estos trastornos de la inervación periférica tan comunes en los nerviosos y neurópatas de todas categorías, en los artríticos, reumáticos, cloroanémicos y futuros candidatos á la tuberculosis, están sostenidos por una insuficiencia de la irrigación sanguínea local y que, por consiguiente, esta perversión sensitiva de las terminaciones del sistema nervioso periférico podría ser mejorado, y aun curada, con un aflujo sanguíneo más considerable sobre los filetes nerviosos de la mucosa.

Resulta, pues, necesaria una terapéutica completamente opuesta á la generalmente instituída en estos casos. En vez de los bromuros y de los antiespasmódicos, conviene administrar al interior la trinitrina como vasodilatador.

Localmente, en vez de los calmantes y anestésicos, toques irritantes con la glicerina timolada, pues, cosa notable también y que confirma mi manera de ver, estos enfermos resisten perfectamente, gracias á su menor sensibilidad, los toques de la mucosa faringo-laríngea con los diversos tópicos empleados en las enfermedades de estos órganos.

Por otra parte, siendo por mí sabido que en la mayoría de casos las sen-

saciones parestésicas residen en la punta, borde libre y cara lingual de la epiglotis, una vez adquiridos estos datos, congestioné artificialmente este órgano tocándolo ligeramente en varias sesiones con la punta del galvano-cauterio. Todos los pacientes, aun en limitado número, se han encontrado aliviados con este tratamiento. En dos de ellos la parestesia ha desaparecido completamente desde hace un año. Del propio modo recientemente cauterizé fuertemente á uno de estos enfermos, produciéndose una herida anfractuosa que destruyó una parte del borde de la epiglotis. El paciente afirmó al día siguiente que experimentaba cierto dolor á la deglución, pero que la molestia por él sentida ordinariamente había completamente desaparecido. Pero jamás hay necesidad de obrar tan enérgicamente como lo hice por descuido en este caso; basta tocar ligeramente con la punta del galvano-cauterio los diferentes puntos del borde de la epiglotis de su cara lingual y en algunos casos de la mucosa aritenoidea, para obtener la curación momentánea y aun una mejoría bastante persistente.

¿Cómo obran las cauterizaciones en estos casos? Es lógico creer que la irritación local producida por el galvano-cauterio, á la vez que destruye algunos filetes nerviosos pervertidos en su sensibilidad, congestiona vivamente los tejidos circunvecinos. Esta hiperemia, con trasudación de serosidad y de algunos elementos embrionarios, obra como estímulo sobre la sensibilidad general de la mucosa, más ó menos embotada, adquiriendo ésta el *tonus* aproximadamente normal, si no hemos rebasado los límites de una inflamación moderada.

Sábese desde luego que todos los órganos inflamados son mucho más sensibles que en el estado normal; es, pues, natural creer que cuando una mucosa es parestésica, por ser ella hipoestésica, su irritación debe hacer desaparecer una y otra, ya que la primera es, según mi opinión, la causa de la segunda por un mecanismo aún mal explicado.

En resumen, terminaré este esbozo con las siguientes conclusiones provisionales:

1.ª En la parestesia faringo-laríngea existe casi siempre un cierto grado de anestesia de la mucosa tan poco acentuado, que pasa á menudo desapercibido.

2.ª La mucosa es menos lubrificada á intervalos por *paresia secretora* de sus glándulas, que acompaña á menudo á la *paresia sensitiva*.

3.ª Las sensaciones parestésicas que acusa el enfermo, residen, en la mayoría de los casos, en el borde libre de la epiglotis y sobre su cara lingual, á pesar de que estas sensaciones sean difíciles de precisar.

4.ª Raramente las sensaciones desagradables de que se queja el enfermo, tienen por punto de partida la base del pilar posterior ó la amígdala; nunca residen en el pilar anterior sobre el velo y otras partes faríngeas.

5.ª La cocaína, aplicada localmente, aumenta considerablemente la parestesia.

6.ª Este hecho inclina á creer que la *parestesia* es una consecuencia de la *disestesia*.

7.ª En la parestesia laríngea obsérvase bastante á menudo la paresia de los músculos tyreo y ari-epiglóticos inervados por el laríngeo superior, dando, por consecuencia, la elevación permanente de la epiglotis.

8.ª En las inflamaciones agudas de la mucosa faringo-laríngea, las sensaciones parestésicas desaparecen algunas veces.

9.ª La trinitrina al interior y una irritación cáustica moderada de la epiglotis, y algunas veces de la mucosa de los aritenoides, es el mejor tratamiento de la parestesia laríngea.

10. El tratamiento general no debe, sin embargo, abandonarse en absoluto. La hidroterapia, los tónicos, y en algún caso rebelde los bromuros al interior, producen buenos resultados. — F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesiones de los días 31 *de Octubre y* 7 *de Noviembre de* 1900.

De la tuberculosis renal. — El Dr. Bazy: En la sesión anterior nos ha presentado el Dr. Albarrán un caso de tuberculosis renal que le hubiera sido imposible diagnosticar, según él, sin el concurso del cateterismo ureteral. El Dr. Albarrán hizo la nefrectomía precoz. Esta observación puede discutirse desde dos puntos de vista: desde el punto de vista del tratamiento, creo que la nefrectomía precoz no estaba indicada, puesto que no había alteración del estado general, ni dolores, ni trastornos de la micción. Desde el punto de vista del diagnóstico, creo que el cateterismo ureteral no le ha esclarecido mucho, puesto que el examen bacteriológico ha dado la presencia dudosa de bacilos de Koch, el examen químico ha demostrado que el riñón no extirpado y supuesto sano, eliminaba más urea que el otro riñón. Además, la poliuria observada no era debida á la tuberculosis renal, sino que más bien dependía de la presencia del cateter en el ureter.

Aneurisma difuso de la tibial posterior.—El Dr. Chaput: Este caso ha sido observado por el Dr. Veron en un hombre que había recibido sobre la pantorrilla unas tijeras caídas de una altura de un metro y medio. En el momento del accidente se produjo una hemorragia bastante abundante, seguida de un síncope, y en los cinco días siguientes, la pierna aumentó mucho de volumen, y el enfermo se quejaba de grandes dolores en ella. Del examen hecho por nuestro colega, se desprende que había en la parte superior y posterior de la pierna derecha una herida irregular; la pantorrilla era grande, dura, tensa y dolorosa, y toda la pierna estaba edematizada. Después de la anestesia con la cocaína, hizo una incisión en el trayecto de la tibial posterior, incisión que condujo sobre un primer foco lleno de coágulos y después, por debajo de los gemelos, sobre otro foco semejante. En este sitio parecía que se veían cortados los vasos tibiales; se hizo la ligadura del extremo superior de la arteria, y una vez limpiada la herida, se taponó. La curación se obtuvo en dos meses. Sin insistir sobre el empleo de la cocaína, que podía haber sido insuficiente, merece fijar la atención esa doble bolsa aneurismática, que es rara, y contra cuya disposición debe estarse siempre prevenido. Añadiré, aunque la intervención haya sido seguida de éxito, que es preferible en casos semejantes ligar los dos extremos de la arteria y servirse de catgut más bien que de la seda.

Procedimiento rápido de hemostasia del hígado. — El Dr. Chapot-Prévost (de Río Janeiro): Se trata de un mónstruo doble; las dos niñas estaban unidas por sus apéndices sifoides. Los rayos Rœntgen parecían demostrar que la unión no se hacía más que por un punto cartilaginoso. Un joven cirujano brasileño resolvió separar las dos niñas; pero después de la incisión de un punto cutáneo y cartilaginoso, vió que los dos individuos estaban unidos además por un puente de tejido hepático; entonces se detuvo el cirujano en sus operaciones, pensando que no podría hacer la hemostasia completa del hígado en los dos lados. Desde aquel momento, comenzamos una serie de investigaciones sobre la hemostasia del hígado, y creemos haberla conseguido. Nuestro procedimiento se parece mucho al del Dr. Auvray. Nosotros creemos, pues, poder seccionar el hígado y suturarlo muy bien, después de haber aplicado nuestro procedimiento al hombre y haber hecho de antemano investigaciones en los animales. Desde luego, debe tenerse presente que el tejido hepático es muy compresible y, por lo tanto, que puede comprimirse la glándula en la superficie de sección, ora directamente, ora indirectamente por intermedio del peritoneo parietal. Yo procedo del modo siguiente: después de la laparotomía, se atrae hacia afuera la parte de la glándula hepática, que se tiene que seccionar; después se pasa un hilo á través de la glándula, cerca de la superficie que será seccionada, y se le hace salir; á dicho hilo se le añaden pequeñas rodajitas de gasa esterilizada. Una vez seccionado el hígado, se coloca otra rodaja de gasa fijada por un hilo doble en frente del primero, en el otro lado de la sección. De este modo, la superficie seccionada queda comprimida entre las dos rodajas de gasa, y la hemostasia es completa.

Herida penetrante del cráneo por bala de revólver; trepanación, extracción y curación.—El Dr. Walther: Trátase de una observación del Dr. Morestin, referente á un hombre de treinta y ocho años, que se disparó tres tiros de revólver en la región temporal derecha. Cuando el Dr. Morestin vió al herido, éste no presentaba síntomas cerebrales de penetración de los proyectiles; había tres orificios en dicha región y entonces hizo una amplia incisión curvilínea para explorar los trayectos. De este modo, descubrió una bala casi debajo de la piel, y otra en el hueso temporal, después agrandó por la trepanación el orificio óseo con objeto de extraer las exquirlas; así pudo ver la dura madre intacta, pero negruzca, que le hizo suponer un derrame sanguíneo por debajo de dicha membrana; incindió ésta y salieron coágulos y materia cerebral. Introduciendo el dedo en el cráneo, notó por la base de éste en el lóbulo esfenoidal una bala que sólo pudo extraerse con una pinza; se hizo el taponamiento con la gasa iodofórmica y el enfermo curó sin incidentes.

El Dr. Reynier: Creo que es necesario rodearse de más precauciones que las que tomó el Dr. Morestin para buscar los cuerpos extraños intra-craneales. Por mi parte, empleo siempre el aparato de Contremoulins que permite fijar la situación exacta del cuerpo extraño. Pero aun en estas mismas condiciones, la extracción de la bala resulta con frecuencia difícil, puesto que suele deslizarse ante la pinza.

El Dr. Delens: En nuestra opinión siempre es necesario emplear la radiografía para buscar los cuerpos extraños del cerebro; la clínica es insuficiente para ello. En un caso de un joven que se había disparado una bala

en el temporal, creí, apoyándome en la dirección indicada por el estilete, que la bala se encontraba en el lóbulo frontal. Pues bien, después de la radiografía se vió que se encontraba en el lóbulo temporal de donde fué extraída por el Dr. Peyrot.

El Dr. Monot: Creo que es peligroso intervenir en los heridos de este género cuando faltan los síntomas cerebrales. Solo debe intervenirse cuando se encuentre exactamente la situación del proyectil y si su extracción no lleva consigo grandes manipulaciones; sólo la radiografía puede ilustrarnos en este sentido.

El Dr. Reclus: En los casos de este género, hay que limitarse con mucha frecuencia á hacer la antisepsia del trayecto de penetración. Sólo debe hacerse la operación más completa cuando la radiografía indica que la bala está cerca de la pared del cráneo. Las investigaciones intra-cerebrales hacen más daño que la misma bala, puesto que ésta acaba á menudo por enquistarse. Si las alteraciones persistiesen ulteriormente, entonces se podría intervenir.

El Dr. Schwartz: Por mi parte, imito desde el primer momento la conducta del Dr. Reclus si no hay accidente, limitándome á hacer la antisepsia; de lo contrario, hago la radiografía é intervengo cuando la bala está superficialmente colocada, ó cuando profundamente compromete en absoluto la vida del enfermo.

El Dr. Quénu: Soy de una opinión totalmente contraria; es necesario intervenir inmediatamente para prevenir los accidentes de la penetración; con mucha más frecuencia trepano la pared craneal, limpio y tapono y no extráigo la bala si no la encuentro á mano ó á no ser que el enfermo esté grave.

El Dr. Delorme: Siempre hago la radiografía y extraigo la bala cuando la encuentro colocada muy superficialmente; en todos los casos la trepanación debe ser amplia.

El Dr. Lucas-Championnière: Creo que la radiografía no nos permite aún fijar exactamente la situación de un proyectil en el cerebro.

El Dr. Tuffier: Las intervenciones por heridas penetrantes en el cráneo deben ser inmediatas ó tardías. Inmediatamente es necesario limitarse á la antisepsia del trayecto; tardíamente, en caso de accidentes, es necesario radiografiar é intervenir de un modo metódico.

El Dr. Guinard: Creo que siempre es necesario trepanar y buscar la bala.

El Dr. Gérard Marchant: Siempre es necesario, á mi modo de ver, la trepanación preventiva que permite extraer las exquirlas y la bala si ésta se halla superficialmente. El Dr. Morestin no ha hecho otra cosa.

El Dr. Walther: Creo, en efecto, que el Dr. Morestin no ha obrado á ciegas y ha recogido, por decirlo así, la bala que ha encontrado á mano.

Codina Castellví.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 31 *de Octubre de* 1900.

Tratamiento de la infección séptica precedente del útero.—El Dr. C. Abel: A pesar de lo que se ha adelantado con el método antiséptico y de los brillantes resultados que hoy obtiene la cirugía, se continúan observando infecciones sépticas en algunos casos, v. gr., de laparotomía hasta en Clínicas en que tanto el personal como el material, se hallan en las condiciones que exige la técnica moderna. Todavía son peores las circunstancias en que se encuentra muchas veces el médico práctico en los casos de parto ó de aborto, principalmente por el hecho reconocido en el último Congreso ginecológico, de que es imposible obtener la desinfección absoluta de las manos. Según Prochownik, enferman de infección puerperal de 12.000 á 15.000 mujeres al año en toda Alemania, y mueren por la misma causa de 4500 á 5000, esto sin contar el enorme número de abortos que son la causa principal de las infecciones más graves. Las que tienen por origen intervenciones intrauterinas, fusión icorosa de tumores, etc., representan una cifra muy pequeña comparadas con las de origen puerperal.

Según la clasificación bacteriológica moderna, los procesos blenorrágicos, el tétanos, la escarlatina y la difteria, se deben distinguir como procesos específicos de la fiebre puerperal, que ocasionan los micro-organismos sépticos, ó sea los estafilococos y estreptococos, el bacterium coli, etc. Tanto Olshausen como Brunner, distinguen afecciones generales producidas por microbios piógenos y en los que se presentan metastasis; otros en que faltan éstas (toxemia aguda de estreptococos); algunas en que la acción de los microbios piógenos se combina con la de procesos de putrefacción (septicemia, piosepticemia), y, por último, otras en que la causa exclusiva es un proceso necrósico.

En la producción de los distintos procesos, intervienen muchas clases de microbios. Pueden distinguirse mono-infecciones por estafilococos, estreptococos ó pneumococos, el bacilo de Friedlander, el bacterium coli, el bacilo tífico, el gonococo, el bacilo piociánico, el micrococo tetrágeno y el proteus vulgaris é infecciones mixtas, infecciones heterocronas y primitivas, dobles ó múltiples. El examen bacteriológico tiene importancia médico-legal (Olshausen) para distinguir los casos sépticos de los específicos y para el tratamiento, sobre todo, si resultara cierta la presencia de estreptococos en la sangre venosa que Prochownik dice que existen, afirmando además haber obtenido cultivos con los mismos.

Según que el proceso morboso ya se haya generalizado ó, por el contrario, permanezca limitado todavía al útero, al parametrio y á los anejos, así varía también el tratamiento. En los casos de infección general, será local el tratamiento cuando se crea que el útero es el punto de origen de la infección, y que desde él pasan nuevas cantidades de materia infecciosa á la circulación general. Si se puede hacer desaparecer este foco, creen los partidarios del tratamiento local, que el organismo podrá descartarse con facilidad de los microbios que ya existan en la sangre. De todos modos, siempre con-

viene empezar reconociendo el útero para ver si todavía contiene restos placentarios, y para ello no basta con el raspado á ciegas, sino que es precisa la dilatación con la gasa iodofórmica para introducir el dedo, á fin de que éste sirva de medio de reconocimiento y de instrumento que limpie la cavidad uterina. Con esto se consigue muchas veces que desaparezca rápidamente la fiebre y que se cure la enferma. En otros casos, todavía se presentan uno ó dos escalofríos con temperatura alta, que desciende bruscamente para conservarse después en su cifra normal. En algunos casos, á pesar del tratamiento local, se sostiene la infección con todas sus consecuencias. En estas circunstancias, los partidarios de dicho tratamiento aconsejan los lavados desinfectantes con lisol (en vez del sublimado y del ácido fénico). A pesar de haberlos empleado en muchos casos, no he podido convencerme de su eficacia; podrán arrastrar algunas partículas, pero desinfectan lo mismo que si se hubieran derramado sobre las manos 10 litros de lisol. Los gérmenes infecciosos se fijan como trombus en los innumerables vasos abiertos, y con mucha rapidez se extienden en dirección ascendente ó pasan á la circulación general partículas desprendidas de los mismos. Con el líquido, no se llega al verdadero foco de la enfermedad, sino que se riega tan sólo su porción más externa. Además, tiene sus peligros el lavado intrauterino, y apenas pasa año en que no se dé cuenta de algún caso de muerte debida á esta intervención.

Carossa aconseja emplear el alcohol en forma de irrigación permanente, porque obra sobre las capas más profundas de la mucosa. Se introduce profundamente una sonda uterina, se tapona el útero, sin apretar mucho, con gasa hidrófila, se enlaza la sonda con un tubo de goma, y en el extremo periférico de ésta se coloca un embudo por el cual se vierte una disolución de alcohol al 20 ó 25 por 100 muy lentamente al principio, para que se habitúe la mucosa, repitiendo esta operación cada hora, tanto de día como de noche, é introduciendo cada vez de 2 á 3 cucharadas. Yo no creo en la eficacia absoluta de este medio, porque todavía no está bien demostrado el poder desinfectante del alcohol.

Acaso tenga mayor importancia la vaporización ó «atmocausia», como lo prueba un caso de Beuttner, en el que al tercer día ya estaba normal la temperatura y se había desprendido la escara en forma de casquete ó gorro. Se ve, por lo tanto, que el efecto había sido profundo, y yo creo que se debe ensayar este procedimiento antes de practicar la extirpación radical del útero, que con éxito variable se ha ejecutado repetidas veces en estos últimos años, y respecto á la cual es difícil precisar el momento en que está indicada.

He de recordar un caso de Olshausen en el que, á consecuencia de una septicemia subsiguiente á repetidos taponamientos del útero que se practicaron á causa de un mioma descompuesto, se procedió á la extirpación del útero, salvándose así á la enferma. Olshausen recomienda fijarse mucho en el termómetro; tan pronto como suba á 38° se extraerá la gasa, se lavará perfectamente el útero, y si á pesar de esto sigue la infección, se extirpará antes que sea demasiado tarde. En mi opinión no hay que ampliar tanto las indicaciones de la extirpación del útero, porque muchos de estos casos se curan al fin empleando otros medios.

Prochownik funda las indicaciones en el examen bacteriológico. Si se ve que hay piohemia ó, lo que es lo mismo, si se encuentran bactérias en el cultivo de la sangre, y por otra parte existen tumores, restos ovulares en fusión icorosa ó un aborto séptico ó acaso criminal, hay que proceder en el acto á la excisión del útero. Si no hay tales complicaciones, hay piohemia y la afección está limitada al útero, debemos considerar justificada la operación, renunciando á intervenciones quirúrgicas de otro género.

Prochownik encontró en cultivos de la sangre que dieron resultado positivo nada más que estreptococos. Según mi experiencia, en muchas de las enfermas que sucumben no da resultado el cultivo de la sangre. En 10 de los casos últimamente tratados por mí, no se hallaron bacterias en el líquido sanguíneo á pesar de que se murieron la mitad de estas enfermas, con ó sin extirpación.

En los casos de septicemia hay otros motivos que la pueden exigir. Yo la he practicado en dos casos en que existían graves lesiones del útero, infectado á consecuencia de manipulaciones enérgicas que se habían practicado para extraer la placenta. En ambos casos sobrevino la muerte. A pesar de esto creo que está justificada la operación, en tales circunstancias, para obtener una superficie cruenta lo más lisa que se pueda, lo cual sólo es posible extirpando todo el órgano.

Los favorables resultados que algunos dicen haber obtenido con el suero antiestreptocócico (Marmoreck), se refieren á muy corto número de casos; ya sabemos que con otros métodos tampoco falta alguno que otro éxito. De todos modos, se debe averiguar antes si la septicemia es debida á estreptococos.

Fochier recomienda la supuración artificial, ó sea los llamados abscesos de fijación. Se inyectan 2 gramos de esencia de trementina en la pantorrilla ó en la piel del pecho, y de ese modo se producen abscesos donde se formarían las antitoxinas que habrían de producir la curación. Yo he demostrado que el pus de tales abscesos es completamente estéril. Menko ha observado un caso en el que después de la inyección ya no se presentó ningún nuevo escalofrío. En un caso en que empleé este procedimiento, siguieron presentándose los escalofríos, y en cambio, en otro observado simultáneamente, sobrevino rápidamente la defervescencia, á pesar de su pronóstico dudoso y de no haberse empleado tales inyecciones. Este y otros casos análogos enseñan que casos, en apariencia desesperados, se pueden curar sin tratamiento local, y sin inyecciones, con un régimen general tónico, y con grandes dosis de alcohol. Para que un método terapéutico merezca confianza, es menester que se funde en un gran número de casos.

Como auxiliares en el tratamiento de la septicemia, se recomiendan la transfusión de agua salada y las inhalaciones de oxígeno. La infección séptica, que partiendo del útero queda estacionaria y se localiza en el parametrio ó en los anejos, da origen muy rápidamente á abscesos en estos sitios, os cuales se abrirán lo más pronto posible, ya por la vagina, estableciendo después el desagüe con gasa iodofórmica, ó bien por encima del ligamento inguinal. Yo adopto como sistema general el de practicar una contraincisión vaginal para hacer con más comodidad los lavados.

La infección de los anejos produce piosalpinx ó abscesos ováricos. Si la le-

sión de los anejos se hace crónica y resiste á los tratamientos conservadores, la operación radical vaginal será la única intervención que nos puede dar garantías de una curación completa, y de que la interesada podrá dedicarse al trabajo.

Hipoplasia y apoplasia parcial de la piel.—El Dr. Taender: Aquí presento un sujeto de cuarenta y dos años que ingresó en la Clínica de Goldscheider á causa de padecer ozena y una afección crónica de la laringe. Refiere además que nunca ha podido sudar, y que para resistir el calor del verano se pone una camisa mojada.

Si el calor es muy fuerte, tiene que dejar el trabajo ó se cae sin sentido. También es muy deficiente el desarrollo piloso; los pocos pelos que tenía en sus axilas y partes genitales, todavía han disminuído con el tiempo. Además, en la mandíbula inferior no hay ningún diente, y en la superior sólo existen los últimos molares. Llama la atención la forma especial de la cabeza; la cara y la nariz están muy hundidas, el cuero cabelludo es liso, los cabellos son bastante delgados, la nariz es deforme y su tabique se siente en la raíz de la misma como un borde óseo-cortante; la mucosa de la boca está húmeda á pesar de la falta de saliva. La piel del resto del cuerpo es lisa, delgada, se deja levantar en pliegues, está seca, tiene el calor normal, y á través de ella, se transparentan mucho las venas. Los pezones faltan en absoluto. La grasa subcutánea no está muy desarrollada, los genitales están normales y hay cierta indicación de hernias inguinales. En los órganos internos no se encuentra nada normal. Hay rinitis atrófica y ozena. La voz es desigual y tiene un timbre chillón como de eunuco. Además hay espasmos de las cuerdas vocales superiores, y en la inspiración profunda se ven las inferiores adelgazadas, secas y rubicundas.

Para determinar el grado de anhidrosis se emplearon diversos procedimientos: baños calientes; envoltura en cubiertas calientes; inyección de 2 centígramos de clorhidrato de pilocarpina, seguidas de polvoreo de la piel con azul de metileno, que la tiñó con mucha dificultad. Con ninguno de estos procedimientos se presentó sudor, y lo mismo sucedió con el calor solar. En cambio subió la temperatura hasta llegar á 40°,8, presentándose todos los síntomas propios de la fiebre, incluso la frecuencia de pulso y la de la respiración, que se hizo además penosa. La refrigeración en un local frío se verificó al principio rápidamente y después con más lentitud. Los baños frescos dieron buen resultado. Las investigaciones que practicó Zuntz demostraron que los cambios nutritivos se verifican como en los animales que no sudan. En el cuero cabelludo existe gran cantidad de glándulas sebáceas, y en el oído bastante cerumen. Este sujeto padece también de forunculosis.

El Dr. Benda: Este caso parece confirmar mi hipótesis de que hay relación embriológica entre las glándulas sudoríparas y las mamarias.

El Dr. Senator: También es interesante, porque contradice la idea tradicional de que es nociva la supresión de las funciones cutáneas; idea cuya falta de fundamento he demostrado también experimentalmente en estos últimos tiempos. Desearía datos acerca de la función renal.

El Dr. Taender: La diuresis siempre está aumentada.

Niño gemelo con grandes cordones cicatriciales.—El Dr. Julio Lewin: Aquí presento un niño gemelo de doce semanas, que nació cuatro antes de tiem-

po y que fué de los dos hermanos, el primero que vino á este mundo. Presenta anchos cordones cicatriciales y simétricos en las rodillas, á los dos lados del vientre, en los codos, en las orejas, en la fontanela menor, en la frente y sobre el dorso de la nariz. No los atribuyo á constricciones amnióticas, sino á procesos ulcerosos de naturaleza sifilítica, y que han recorrido su curso en la vida intrauterina. En efecto, los cordones amnióticos no son tan anchos, y por otra parte, el padre de esta criatura ha padecido sífilis, y el otro hermano gemelo ha nacido en estado de maceración.

Hasta ahora no se ha publicado ningún caso semejante.— R. DEL VALLE.

SOCIEDAD PEDIÁTRICA DE MOSCOU

Sesión del día 10 *de Octubre de* 1900.

Tuberculosis cutánea. — El Dr. A. A. Kisel presenta una niña de cuatro años y medio que ingresó en el Hospital de Santa Olga el 1.° de septiembre de este año. Había nacido perfectamente sana, continuando así durante los dos años que tomó el pecho de su madre; luego tuvo el sarampión, y pronto, después, se manifestó su actual enfermedad. La madre, mujer sana, tuvo cinco hijos, de los cuales uno murió de difteria y los restantes son escrofulosos. Una hermana de la enferma, hace nueve años, cuando tenía dos, fué tratada en el mismo Hospital de Santa Olga por peritonitis tuberculosa, mediante la laparotomía, y desde entonces se encuentra sana. (Kisel la examinó hace poco). El padre siempre flaco, pálido, tose y se queja de dolores en el pecho. En la exploración de la niña se encontró que era bien nutrida y desarrollada, tenía bastante panículo adiposo, los ganglios linfáticos superficiales abultados, consistentes. Los órganos internos no manifiestan alteración, como tampoco las mucosas visibles, siendo sólo un tanto pálidas. En la bien desarrollada elástica piel de la cara, del cuello, de las nalgas, y sobre todo de las extremidades, hay diseminadas 45 chapas alteradas de diverso aspecto y tamaño (hasta el de 3 cm. de diámetro). En la mayoría de estos puntos la piel está encendida, tumefacta, infiltrada de exudado y cubierta de una gruesa costra pardusca por debajo de la cual sale, si se aprieta, una gotita de líquido que parece pus, si se arranca la costra se descubre una superficie ulcerosa ligeramente deprimida, de fondo anómalo cubierto de mamelones rojos; en algunos puntos se notan en medio de la costra restos de piel muy alterada en forma de bridas delgadas. En otros puntos la piel es muy engrosada, resistente, cubierta de duros mamelones grisáceos y ofrece el aspecto de extensas verrugas planas. También se ven cicatrices irregulares alrededor de las cuales la piel forma elevaciones y depresiones ó pende á modo de mamelones largos; estas cicatrices no están en ninguna parte adheridas á los tejidos subyacentes. No hay afecciones óseas. Según afirman los padres esta enfermedad dura ya más de dos años, manifestándose una tras otra las afecciones de carácter gomoso y verrugoso. La niña se siente buena y no se queja de dolores en las partes afectadas de la piel. El especialista Dr. Lanz confirmó el diagnóstico de tuberculosis cutánea.

Las compresas alcohólicas en la escolecociditis.—El Dr. V. Y. Gold refiere que un chico de doce años, que desde su infancia había tenido rebelde estreñimiento, tuvo en el otoño del año pasado dos veces ataques de dolores fuertes en la región del ciego que pasaron después del uso de un purgante. En invierno ingresó en la Clínica pediátrica para curarse del persistente estreñimiento, pero con ninguno de los diversos métodos empleados se obtuvo mejoría. Por la noche del 25 se presentó sin causa alguna un dolor intenso en la región cecal, con náuseas, y al día siguiente hubo calentura (38°,5). Se encontró gran sensibilidad en la línea de *Mac-Burney* y menos en los contornos de la misma; las paredes abdominales estaban algo tensas. Se prescribieron lavativas y después láudano, 3 gotas cada dos horas, y unas compresas calefacientes. Por la noche se exacerbaron los dolores y las náuseas; el enfermo estaba muy desasosegado y no podía orinar. El 3 de octubre había dolor en todo el vientre, siendo el estado general peor. Se prescribió la aplicación de hielo al exterior y 5 gotas de opio, continuando luego con 3 gotas cada dos horas. Todo el día el enfermo estuvo inconsciente, gimiendo de dolor. Al día siguiente, hallándose el enfermo peor, se hacen compresas de alcohol de 90 por 100, cubriéndolas de franela y colocando encima la bolsa de hielo; se mudó la compresa cada hora; al interior se continuó dando opio. Las compresas alcohólicas le gustaban al enfermo, el cual había aguantado con pena la bolsa de hielo. Hubo un sueño tranquilo, disminución de los dolores, más pulso, menos temperatura; el enfermo orinó espontáneamente y se despertó el apetito; se suspendió el hielo y el opio; las compresas continuaron aplicándose por tres días más. En la madrugada del 7 de octubre salieron dos pedazos de excremento duro como piedra, y luego una evacuación muy abundante. En la opinión de Gold el efecto de la compresa alcohólica en este caso fué tan sorprendente y rápido que no cabe dudar de su eficacia; indujeron á recurrir á la misma los brillantes resultados obtenidos en la peritonitis por Sehrvald y en el uñero por Filatof (quien hace meter el dedo enfermo, tres veces al día por media hora, en una copita con espíritu de vino). Conviene comprobar este método en casos análogos, siendo tan pobre nuestro arsenal médico; las indicaciones para la intervención quirúrgica quedan naturalmente subsistentes. La piel aguanta muy bien el contacto del alcohol; con todo, en niños menores puede convenir hacer la compresa más delgada (dos capas de gasa en lugar de cuatro).

El Dr. N. G. Voronoff cree que el efecto favorable de la compresa alcohólica debe atribuirse al calor que desarrolla.

El Dr. L. P. Alexandrof hace constar que, en semejantes casos, él emplea una bolsa con agua tan caliente como el niño puede soportar; los dolores y tensión abdominal pasan muy pronto y la disforia se alivia notablemente. Sobre todo es favorable el efecto del calor, así aplicado, en la infiltración profunda de las partes blandas después de una contusión.

El Dr. A. A. Kisel dice que en los casos de inflamación del apéndice vermicular en los niños emplea unas veces el frío y otras el calor, y no puede decir cuál obra mejar en el concepto de aliviar el dolor; hubo casos en que los niños (mayorcitos) por sí solos pidieron que se les dejara constantemente puesto el hielo sobre la región del ciego.

Recidivas de los cálculos vesicales.—El Dr. L. P. Alexandrof dice que la cuestión de las recidivas de la litiasis cística, se ha estudiado poco, pero que no es posible conformarse con la opinión corriente de que después del desmenuzamiento intravesical pueden quedar fragmentos que luego dan lugar á la formación de un nuevo cálculo. De 1887 á 1900, ingresaron en el Hospital de Santa Olga, 430 niños litiásicos, teniendo 33 el cálculo en la uretra y 397 en la vejiga. En 101 de éstos se hizo la cistotomía suprapubiana, en tres la perineal y en 293 se practicó el desmenuzamiento, casi exclusivamente en la forma de la litolapaxia. Recidivas exigiendo una intervención operatoria, hubo en nueve casos (2'3 por 100), teniendo los niños la siguiente edad : Uno tenía un año, uno tenía dos, dos tenían tres, tres tenían cuatro, uno tenía cinco y uno tenía doce años. A un niño hubo de operarse tres veces. Recidiva espontánea hubo en cinco casos ; en dos no se había logrado librar la vejiga de todos los fragmentos, y en los otros dos dió lugar á la reproducción de la piedra la sutura de la vejiga en la talla alta. La reproducción de los cálculos de la vejiga, puede ser debido á tres causas : la más frecuente en la niñez es la continuación de la litiasis renal, descendiendo á la vejiga nuevas arenillas. En segundo lugar puede servir de núcleo para la formación de un nuevo cálculo un fragmento retenido ; estos casos son raros, porque al explorar la vejiga, después de la litotripsia con la sonda, no es fácil que se escape á la atención un fragmento grande, y los pequeños salen luego espontáneamente por la uretra, estando la vejiga sana. Cuando hay catarro y orina mala y la evacuación de la vejiga se hace de una manera incompleta, es posible la formación de un cálculo hasta alrededor de un fragmento pequeño que haya quedado. También es posible la formación de una piedra con los exudados en la pared vesical por alteración patológica de la misma y fermentación alcalina de la secreción. En estos casos los cálculos se componen de fosfatos. La tercera causa de formarse cálculos, son las suturas de la vejiga después de la cistotomía alta ; pero los casos de este género se encuentran rara vez.

El Dr. T. P. Krasnobayef dice que una de las objeciones que se hacen á la litotripsia, es que después de dicha operación quedan bastantes veces en la vejiga fragmentos, alrededor de los cuales se desarrollan nuevos cálculos. Pues bien, en el Hospital de Niños de San Wladimiro, V. V. Irshik y Krasnobayef, han hecho unas 100 litotripsias, sin que hayan notado que este método dé lugar á reproducciones de cálculos con mayor frecuencia que otros métodos ; v. gr., la talla alta.—(*Vrach*, 1900).—G. Sentiñón.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las dermatitis pruriginosas por el ácido láctico. — El Dr. Du Castel emplea contra las dermatitis pruriginosas artríticas, el ácido láctico. Un hecho casual fué origen de este tratamiento. Asistía á un niño de diez meses, que padecía diarrea y eczema de las nalgas y muslos. Administró el ácido láctico para combatir la diarrea y vió que no sólo la diarrea sino hasta

el eczema curaron con rapidez. En vista de este éxito, principió á emplear en los niños afectados de dermatitis pruriginosas el ácido láctico, á la dosis de 6 á 20 gotas por día en dos ó tres veces, diluída en agua azucarada y obtuvo resultados inesperados. Desde entonces usa este tratamiento casi siempre con éxito. La dosis varía de 6 gotas de ácido láctico á dos gramos en el adulto. Cree el Dr. Du Castel, que las dermatosis pruriginosas de los artríticos son debidas á trastornos digestivos que producen toxinas, las que al eliminarse por la piel ocasionan ó sostienen las afecciones cutáneas. El ácido láctico es un buen antiséptico intestinal y corrige los trastornos digestivos.

(*Thèse de Paris*).—F. Toledo.

Tratamiento de la tos ferina por la grindelia robusta. — En la tos ferina deben llenarse dos indicaciones : 1.ª Disminuir el número y la intensidad de los golpes de tos; 2.ª prevenir y curar las infecciones secundarias, bronquiales y pulmonares.

Estas últimas sólo pueden evitarse adoptando las precauciones prolifácticas necesarias. Para llenar la primera indicación se han aconsejado multitud de medicamentos. Uno de los recomendados últimamente es la grindelia robusta que tiene la ventaja de ser expectorante, estimulante y sedante cerebro-espinal, de localización pneumo-cardíaca. La grindelia calma en efecto la tos y la disnea, hace más regulares y lentos los latidos cardíacos, y favorece el sueño.

Comby aconseja en los niños que padecen tos ferina, tomar después de cada golpe de tos diez gotas de la mezcla siguiente :

Tintura de belladona.	aa 10 gramos.
— de acónito.....	
— de grindelia.....	

Según Jasiewicz la grindelia robusta, obra con mucha más rapidez que la belladona y el bromuro, pero menos que la antipirina si bien tiene sobre ésta la ventaja de poderse emplear sin inconveniente mucho tiempo.

Legrand ha empleado el polvo, la tintura y el extracto fluído de grindelia.

El polvo ha sido poco eficaz en general.

La tintura empleada en tres casos á la dosis de 20 á 40 gotas, ha sido siempre eficaz y es al parecer la mejor preparación para los niños pequeños, porque no tiene el sabor acre del extracto fluído.

El extracto fluído tiene olor á trementina y sabor acre ; es preciso mezclarlo con agua azucarada ó leche y agitar bien la mezcla. Puede administrarse también en poción con alcohol y glicerina. La dosis es de 5 á 7 gramos en el adulto. En los niños es muy eficaz. Acorta la duración de la enfermedad y ejerce una acción curativa en las recaídas. No produce al parecer efecto en la tos ferina complicada con bronco-pneumonía.

(*La Presse médicale*).—F. Toledo.

Basicina. — Con este nombre ha obtenido el Dr. Kreidmann, de Altona, una preparación mediante la combinación química de cerca de dos partes de quinina, con una de cafeína libre. Se puede combinar con alcaloides de acción enérgica, formando compuestos que se disuelven en todas proporciones

en el agua. Las disoluciones, á partes iguales, se conservan por mucho tiempo sin descomponerse ni cristalizarse; tienen un color amarillento, y si bien es cierto que no toleran los álcalis, los ácidos ni el fenol, se les puede añadir atropina, escopolamina, hiosciamina, pilocarpina, eserina y estricnina en las cantidades que permite la Farmacopea para fines terapéuticos.

Según el alcaloide con que se combina la basicina, así presenta dicha combinación las propiedades de las antitoxinas animales, del grupo de la digital, ó del de los opiados. Combinada con berberina, el cornezuelo de centeno, la zarzaparrilla, el hierro, el arsénico ó cualquiera de los extractos narcóticos, adquiere propiedades que han resultado ser específicas en un gran número de enfermedades agudas y crónicas.

Las combinaciones de basicina se administran por la vía gástrica, por la subcutánea ó por la cutánea (en fricciones). Gracias á su gran solubilidad se absorbe muy pronto en el estómago y se presta bien á su empleo hipodérmico.

Según el Dr. J. Arnold Goldmann, de Viena, la basicina obra más pronto y con más eficacia que la quinina en la fiebre intermitente; es muy útil en la grippe, sobretodo en las formas muy febriles, y unida á la atropina también es muy útil para calmar los dolores de los tabéticos y los accesos de los asmáticos. En estos últimos casos sustituye muy bien á la morfina, pero conviene usar la atropina á dosis menores que de costumbre.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento del chalación. — El Dr. Strzeminski emplea la pomada siguiente:

Iodo puro	20 centígramos.
Ioduro potásico	60 —
Lanolina	4 gramos.
Aceite de vaselina } Agua destilada }	aa 80 centígramos.

Esta pomada se aplica al acostarse sobre la superficie externa del chalación y se deja aplicada toda la noche. No produce dolor ni mancha la piel. Inútil es decir que debe tratarse á la vez la conjuntivitis, la atresia del conducto lagrimal y demás lesiones concomitantes. Si el enfermo es escrofuloso ó tuberculoso se empleará el tratamiento general.

(*Journal méd. de Bruxelles*).

Dermatofobia. — La dermatofobia es una fobia sistemática, que tiene por objeto una anomalía ó una enfermedad cutánea. Es una afección frecuente que comprende variedades numerosas. Su pronóstico es bastante grave, porque además de la perturbación mental que la caracteriza, puede influir sobre el estado general y conducir á la melancolía y al suicidio. Exige, para su desarrollo, un terreno afectivo, de origen neurasténico en general, á veces histérico. Es en ciertos casos contagiosa. Cuando el origen de la dermatofobia es la neurastenia constitucional, es incurable; si depende de la neurastenia accidental ó del histerismo, puede mejorar y hasta curar. El mejor medio de tratamiento, según el Dr. Kérandel, es la sugestión.

(*Gaz. hebd. de medicine et de chirurgie*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE TERATOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. RAMÓN MARTÍN GIL

Director del Hospital *Noble*, de Málaga.

No es un caso nuevo, ni siquiera es una criatura de pocos años, que venga á aumentar la lista de los fenómenos ó monstruos, que de vez en cuando encontramos descritos en la prensa profesional.

Muchos deben conocer este ejemplo, porque ha recorrido toda España, de provincia en provincia, de pueblo en pueblo, exhibiéndose durante varios años.

Su cara y su cuerpo son los de una mujer del pueblo. Viste pantalones, botas de mujer y sombrero hongo, y debajo de la chaqueta lo mismo lleva una chambra de color rosa, que una blusa de obrero. Tiene treinta y cuatro años, ha sido oficial de albañil en su pueblo, y viaja con su hermana soltera, de dieciséis años de edad.

Así lo encontré exhibiéndose como un hermafrodita, que atestiguaba con su palabra y unos certificados hechos en Toulouse y Burdeos, donde decía que fué á reconocerse para *saber* á qué sexo pertenecía.

Lo rechoncho de su cuerpo, de piel fina, con mamas muy voluminosas, y prominentes caderas, obeso en demasía, denunciaban al menos perito que podía ser una mujer. Pero el afeitado de su barba, más que mediana, lo corto de su pelo, lo varonil de sus modales y la energía extraordinaria de su carácter, contrastaba grandemente con aquellas formas femeninas, aunque se pensara que pudiera ser una de esas «mozas de rumbo», que se suelen encontrar, sobre todo, en los barrios bajos de algunas poblaciones de Andalucía.

Despertóme curiosidad el asunto, pensando que estos casos están bastante observados en los niños; pero no tanto en los adultos, don-

de el estado de los órganos sexuales pueda decir más de fisiología, y por si tenía algo que ver con la psicología también.

Le propuse que viniera al hospital, y á la mañana siguiente lo reconocí, averiguando de paso su vida y *milagros*, por demás extraordinarios.

Desnudo del todo, con aquel aspecto de impúdica matrona, me refirió que al nacer lo creyeron un niño, mejor ó peor conformado, por lo que lo bautizaron con nombre de varón.

A los once años, tuvo un flujo de sangre por la orina, que duró dos ó tres días, y al mes siguiente se le volvió á presentar, y ya periódicamente viene teniendo el mismo fenómeno catamenial, que le dura de siete á nueve días.

Cuando apareció el período evolucionó su nutrición, tomando formas de mujer y creciéndole las mamas; pero sin sentir el pudor natural del sexo, ya porque propiamente no lo tuviera, ya por la educación varonil y lo escaso de su cultura.

Cuenta, que en 1878 su padrastro mató á su madre, y juró vengar aquella muerte. En efecto, á los pocos días encontró al asesino en la estación del ferrocarril de su pueblo, y lo mató de una puñalada. Mas no quedó allí la hazaña de aquel jovenzuelo: dos guardias municipales que quisieron prenderle los mató también á navajazos. La escena que se produjera no la puede describir este mónstruo, pero atestigua el resultado de tan feroces hechos, una serie de cicatrices que enseña repartidas por todo su cuerpo, de heridas que le hicieron para capturarlo ó quién sabe si para otra cosa peor.

Con estos antecedentes sentí enojo, en verdad, de haber acertado á estudiar este fenómeno de tan *mala conformación* físico-moral; pero el paso estaba dado, y tenía que acabar mi propósito.

Procedí á reconocerlo colocado en posición ginecológica, como aparece en la figura adjunta. Los labios mayores están bien desarrollados, la hipertrofia del clítoris es considerable; tiene más de cinco centímetros de largo y del diámetro del dedo índice de un adulto. No se le puso en erección durante el examen, pero el fenómeno aseguraba que algunas veces se le ponía por escasos momentos. Es un clítoris muy desarrollado, sin apariencias de pene, ni señal de uretra, como suele acontecer en el hipospadias del hombre.

La brida masculina aparece muy desarrollada, lo mismo que la redecilla intermedia de Koelt, cuyos fenómenos son una consecuencia de esta clase de vicios de conformación.

A unos 4 centímetros de la raíz del clítoris—un poco más bajo de

lo natural — aparece una abertura del aspecto y dimensiones de la uretra normal, cual se aprecia entre la punta de los dedos medios de las manos que separan la vulva. No existen labios menores, y más bien parece la abertura un meato que la entrada del canal vestibular, donde desemboca la vagina mulleriana.

Como no tiene vestíbulo la vagina no se ha desarrollado ni la uretra tampoco, por defectos de los conductos de Müller y de la parte inferior de la alantoides.

Persiste el seno uro-genital embrionario formando un canal vulvar largo y estrecho, que parece la uretra, donde deben desembocar

Pseudo hermafrodismo parcial (gynandria), con hipertrofia del clítoris y del prepucio é hipospadias.

ésta y la vagina, lo que constituye un caso de hipospadias de la mujer.

Introduje una sonda metálica de hombre por el canal vulvar y extraje orinas claras, mas no pude enfilar el conducto vaginal, á pesar de mis intentos repetidos con sondas diferentes. Pero el fenómeno me aseguró que existe ese conducto, y que otro médico más afortunado lo halló. De todos modos, es lo cierto que este fenómeno tiene períodos menstruales y un flujo de moco blanco que en el acto del reconocimiento salía por la uretra, ¿en señal de leucorrea?

Quise hacerle el tacto rectal, y aunque el fenómeno me autorizó,

fué tanta la repugnancia que opuso y el dolor que sintió, que bien pronto tuve que sacar mi índice derecho del recto, sin llegar á tocar la matriz ni los ovarios, que esperaba encontrar. Tampoco consintió que lo anestesiara para completar el reconocimiento.

El examen por el abdomen no dió resultado alguno, porque el fenómeno está demasiado grueso y es imposible profundizar con las manos hasta llegar á percibir los órganos de la pelvis. Tiene unas caderas muy anchas y los fémures arrancan inclinados hacia adentro, hasta juntarse las rodillas, como acontece con las piernas de la mujer.

Dice que siente pocos apetitos genésicos, sin tener aficiones por ningún sexo, y en ocasiones, que borracho, ha querido cohabitar con mujeres, no lo ha podido conseguir ni jamás ha tenido placeres. También asegura que nunca se ha masturbado ni ha sentido excitaciones.

Los casos de pseudo-hermafrodismo que se cuentan son mucho más frecuentes en el hombre que en la mujer, por esto es más interesante el que nos ocupa.

No es uno de pseudo-hermafrodismo propiamente dicho ó androgynia, que acontece en el hombre, porque no tiene infudíbulum en la uretra ni depresión vulvar. Al contrario, existe la brida masculina y nunca ha podido cohabitar. Las hemorragias que suelen padecer los androgyneos son irregulares y provienen de la entrada de la uretra, por violencias que suelen cometer en actos genésicos, y nunca llegan á ser igualmente abundantes y duraderas, como sucede con el período catamenial del caso presente.

Por esto resulta interesante y raro, hasta el punto que es difícil encontrar mujeres así (gynandrias), mientras que los de hombres son muchos los conocidos.

Tan extraño lo han debido conceptuar también las Facultades de Medicina de Madrid y de Granada, donde dice el fenómeno que han sacado modelos de él, no sé si por un vaciado ó por otro procedimiento. Será curioso conocer en qué sexo lo han clasificado en estos dos centros docentes de tan elevado concepto científico y de tanto cariño para mí, teniendo en cuenta la cuestión médico-legal que entraña el que este fenómeno ha estado varios años en presidio.

No sé cuántas veces ha sido procesado por desacatos á la autoridad, y cuando mató á su padrastro y á los dos guardias, cumplió ocho años de condena en la Cárcel-Modelo de Madrid, en el departamento de hombres, donde fué «voceador» la mayor parte del tiempo.

Creeríase que tiene siquiera voz de hombre, ya que por su figura no lo parezca; nada de eso, su voz es chillona, y cuando habla ó grita mucho resulta algo velada. No fuma y no padece de la garganta. Hice que le probara la voz un profesor de música, y no es tenor, tiple ni contralto; tampoco resulta la voz de un tenor acontraltado que algunos hombres suelen tener, es lo que en italiano se llama *voce di castrato*.

El caso no es de puro hermafrodismo, como todavía no se ha encontrado un sólo ejemplo antropológico. Todos los así conceptuados al principio han resultado, después de un estudio serio, claramente asignados al uno ó al otro género, con la falta de un órgano ó el imperfecto desarrollo de otros; pero sin contar con los atributos genésicos más ó menos rudimentarios de ambos sexos.

El caso presente es de una mujer con pseudo-hermafrodismo é hipospadias, por defecto de los órganos creadores durante la vida fetal, que han dejado sin el debido desarrollo la vagina y la uretra.

El crecimiento exagerado del clítoris ha dado origen á que se la bautizara como varón, se la hiciera vestir pantalones y extinguiera condenas en los departamentos de hombres en distintas penitenciarías.

Yo la propuse operarla para que viviera con arreglo á su sexo, pero ella me contestó que había perdido el hábito de trabajar y prefería continuar así, porque en ese estado de vagancia ganaba el sustento para ella y su joven hermana.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General de Madrid.

SUMARIO: I. Iodoformo vasógeno é ictiol vasógeno. — II. Inyecciones subconjuntivales de anticeltina. — III. Tuberculosis primitiva de la conjuntiva.—IV. Estudios bacteriológicos acerca de las conjuntivitis.—V. Tratamiento local de la escleritis.

I. El vasógeno es el mejor vehículo para los medicamentos de uso externo. El iodoformo puro tiene muchos inconvenientes en el tratamiento de las afecciones de los ojos; unido al vasógeno no los tiene.

El *iodoformo vasógeno* se presenta como una substancia obscura, de aspecto oleoso, de olor bituminoso y reacción alcalina.

El iodoformo se contiene en él en la proporción de 1 á 50 por 100, permaneciendo siempre estable, igualmente ligero y sin alterarse si se conserva en frasco obscuro. La solución se mantiene estéril por mucho tiempo. En la conjuntiva se saponifica y forma con los líquidos de ésta una emulsión finísima, permanente durante algún tiempo, lo que permite al iodo desprenderse gradualmente. El iodoformo vasógeno tiene todas las ventajas de los colirios oleosos. Usado por medio de un pincel, penetra profundamente en la conjuntiva sin cauterizarla.

En la conjuntivitis crupal ha dado excelentes resultados. La mayor parte de los casos curaron en doce días.

En la oftalmía purulenta tiene menos valor que el nitrato de plata, pero es un excelente auxiliar.

En la blefaro-conjuntivitis escrofulosa se observan resultados buenos, pero inferiores á los obtenidos con el ictiol vasógeno. En la queratitis flictenular, en el pannus escrofuloso se obtienen mejores resultados que con la pomada de Pagenstecher ó la de calomelanos; en la queratitis supurada acelera el proceso de reparación y favorece la transparencia de la córnea. El iodoformo vasógeno no tiene acción eficaz contra el tracoma.

El *ictiol vasógeno* es una substancia obscura, oleosa, de olor bituminoso. El ictiol se encuentra en él en la proporción del 10 por 100, pero puede usarse en mayor concentración como la disolución acuosa de ictiol.

Es muy útil en la blefaritis, en la blefaro-conjuntivitis y un medicamento excelente en el eczema impetiginoso de los párpados. Igualmente produjo excelentes resultados en la queratitis y conjuntivitis flictenulares, siendo superior á los calomelanos.

En la conjuntivitis tracomatosa, ayuda á la curación por la acción vaso-constrictora que posee el ictiol vasógeno, sobre todo si existe pannus. Se ha usado en la conjuntivitis aguda y crónica con buen resultado.

Por último, Morgano, que es quien ha estudiado mejor estos dos medicamentos, ha empleado el ictiol vasógeno en dos casos de dacriocistitis crónica en inyecciones (1 cent. cúb.) en el saco lagrimal, y ambos casos curaron *Bolletino d'oculistica*, julio de 1900).

II. Morgano (de Catania) ha publicado los resultados de sus diligentes experimentos en conejos, y algunas observaciones clínicas

acerca de las inyecciones subconjuntivales de anticeltina, de cuyos trabajos ha llegado á las siguientes conclusiones:

1.ª Las inyecciones subconjuntivales de anticeltina en los procesos infecciosos de la córnea y del iris, producen la misma acción benéfica que las inyecciones de sublimado, pero tienen sobre éste la ventaja de no producir dolor, no origina inflamación ni determina adherencia alguna entre la conjuntiva y la esclerótica.

2.ª Su acción terapéutica es rápida: abrevia considerablemente el curso del proceso infeccioso, modificándole en sentido favorable, deteniéndole y hasta extinguiéndole desde la primera inyección.

3.ª Las inyecciones subconjuntivales de anticeltina, despliegan una acción específica contra la iritis sifilítica, mitigando los fenómenos irritativos que la acompañan, provocando la rápida absorción de los productos inflamatorios (exudados plásticos, producciones condilomatosas y gomas), y mejorando desde la primera inyección la agudeza visual.

4.ª Deben preferirse las soluciones al 1 por 1000 y al 0'75 por 1000, de las cuales se inyecta cada vez media jeringuilla de Pravaz; en los casos poco graves es muy útil la solución al 1 por 2000, de la cual se inyecta también media jeringuilla.

5.ª Debe usarse siempre una solución recientemente preparada. Es útil inyectar el líquido á la temperatura de 37 á 38°, hacer la inyección lentamente y aplicar compresas templadas después sobre el ojo durante media hora. Esta práctica sirve para hacer completamente indolente la inyección, y favorece la reabsorción del líquido inyectado. (*Accd. Gioenia di scienze naturali in Catania,* vol. XIII, serica quarta).

III. Los doctores Lagrange y Cabannes, de Burdeos, han tenido ocasión de observar un caso raro de tuberculosis primitiva de la conjuntiva. Esta afección, muy rara, tiene una historia reciente El primer caso demostrado bacteriológicamente fué observado en 1884; pertenece á Parinaud, que obtuvo sobre el conejo una inoculación positiva.

Haab, en 1878, publicó seis observaciones de tuberculosis conjuntival; pero como todavía no se conocía el bacilo tuberculoso, quedan dudas sobre el verdadero diagnóstico. Las observaciones de Gayet, Fontan, Knapp, Motais, son casos demostrativos de tuberculosis primitiva de la conjuntiva.

La observación de Lagrange ha sido recogida en el Hospital de Niños de Burdeos. Véase este caso:

J. B., de ocho años, se presenta en la consulta oftalmológica de dicho Hospital por una afección del ojo izquierdo. Los padres, así como dos hermanos del paciente, están sanos, y no existe antecedente alguno de tuberculosis en la familia.

En mayo de 1899 el niño, estando jugando, recibe un golpe con una ballena de un paraguas en la parte supero-externa del párpado superior izquierdo. Se verifica una hemorragia subcutánea, con la hinchazón correspondiente, que desapareció en una semana.

A los pocos días, 15 de junio, el niño recibe en el mismo sitio un nuevo traumatismo con la uña del dedo de otro niño con quien jugaba. Este traumatismo va seguido de edema del párpado é infarto del ganglio pre-auricular, que se encuentra doloroso á la presión.

El 18 de julio el niño presenta ligero ptosis del párpado superior izquierdo y moderada secreción conjuntival. La hinchazón preauricular estaba representada por un ganglio del volumen de una almendra movible, duro, no doloroso; en el ángulo izquierdo del maxilár inferior existe otro ganglio más pequeño con los mismos caracteres.

Levantando el párpado superior, se descubre sobre la conjuntiva tarsiana una serie de granulaciones, en número de 18 próximamente, ofreciendo gran analogía con las del tracoma agudo, si bien se distingue de ellas por presentar una coloración más amarilla.

Hasta los primeros días de agosto los tubérculos crudos existían solos; pero después se convirtieron en úlceras. En esta época, en la parte más externa del fondo del saco conjuntival superior, que se puede explorar haciendo mirar al enfermo hacia abajo y adentro, se descubre una úlcera de un centímetro de extensión transversal por medio de altura; tiene aspecto blanco grisáceo, y se encuentra elevada sobre el nivel de la conjuntiva bulbar, sobre la que está sentada. Alrededor de la úlcera la conjuntiva está inflamada y edematosa.

La ulceración parece profunda, y en sus bordes no se presentan granulaciones específicas; la porción de conjuntiva parpebral correspondiente está algo descolorida. No se encuentran granulaciones sobre la conjuntivá bulbar, ni en otras regiones del ojo. El ojo derecho es normal, y la salud general del niño es buena; los pulmones no presentan localización tuberculosa; las funciones digestivas se verifican normalmente, y puede asegurarse que la lesión local de la conjuntiva no ha producido alteración alguna en su salud general.

En suma, un niño sano que no ha sufrido enfermedad alguna durante su primera infancia, presenta, después de un doble traumatismo del párpado, que ha interesado la conjuntiva, una afección ocular que ofrece todos los caracteres clínicos de la tuberculosis primitiva de la conjuntiva, con secreción moderada é intumescencia ganglionar característica. A fin de asegurar el diagnóstico, se examinó al microscopio la exudación de la ulceración conjuntival, no pudiendo descubrirse el bacilo de Koch. Después se tomó un fragmento de la conjuntiva del fondo de saco, y se examinó igualmente al microscopio. En los cortes se comprobó la presencia de numerosos tubérculos con sus células gigantes características. El método de Ziehl permitió descubrir el bacilo de Koch en uno de los cortes practicados. También fué encontrado en gran abundancia el bacilo en el pus caseoso del ganglio preauricular, que había aumentado de volumen, se había hecho doloroso y fluctuante. No obstante la presencia del bacilo en el ganglio, la inoculación en el conejo de la materia caseosa de aquél resultó negativa. Esto prueba la poca virulencia del bacilo de esta conjuntivitis tuberculosa.

Con el tratamiento local, consistente en el masaje diario con el polvo de iodoformo, el padecimiento ha marchado rápidamente á la curación, auxiliado con el raspado de la superficie tuberculosa. El enfermo estaba, además, sometido constantemente al tratamiento general adecuado, con todo lo cual, la curación se obtuvo en dos meses, á contar desde el principio de la afección.

Este caso demuestra la indudable influencia que en la génesis de la tuberculosis conjuntival ha tenido el traumatismo. Se está de acuerdo en reconocer que la tuberculosis primitiva de la conjuntiva no puede producirse, sino con la ayuda de un traumatismo, puesto que las instilaciones en el saco conjuntival normal de un conejo, de un cultivo muy virulento de bacilos tuberculosos, no da resultado alguno; es menester, según dice Valude, una puerta de entrada para que la infección se produzca.

Los cuerpos extraños angulosos, penetrando en el fondo de saco conjuntival, pueden herirla suficientemente para que el bacilo de Koch se implante en la pequeña herida. Tal vez pueda admitirse con Burnet que las pústulas conjuntivales son también puertas de entrada.

En los casos publicados, que ascienden á 19, solamente en esta observación y en otra de Stutzer se señala el hecho de preceder un traumatismo á la tuberculosis conjuntival.

En este caso pudo, además, observarse el período inicial del padecimiento, consistente en la tuberculosis miliar, constituída por las 18 granulaciones ya citadas, asistiendo á la formación de las úlceras tuberculosas. En la mayor parte de los casos observados, los enfermos no han sido vistos hasta constituirse el período ulceroso.

Cuanto á los infartos ganglionares, en el caso de Lagrange, solamente contienen el preauricular y submaxilar, pero en otros casos publicados, solamente lo estaban los submaxilares, en otros los cervicales, y, en fin, en uno el sublingual. (*Archives d'Ophtalmologie*, juillet, 1900).

IV. Lundgaard, de Copenhague, ha hecho estudios bacteriológicos en 107 casos de conjuntivitis. En casi todos ellos ha verificado cultivos en gelosa y demás medios usuales; además ha hecho inoculaciones en los conejos para juzgar de la virulencia de los microbios encontrados.

En 58 casos, el resultado fué positivo; en el resto, negativo ó dudoso. El diplococus de Morax figura por 38 casos de los 58 positivos; en 15 casos, encontró el pneumococus ó variedades de este microbio; en cinco casos, gonococos. En otros cinco casos, la inflamación parecía depender de estafilococos; en tres casos, se encontró un bacilo fino, parecido al de Wecks; una vez, el bacilo de Lœfler, y otra, el colibacilo.

Resulta que el diplobacilo y el pneumococus juegan un papel importante entre los provocadores de la conjuntivitis, mientras que el bacilo de Wecks no se encuentra en Copenhague.

Cuanto á la morfología del diplobacilo y á los síntomas de la conjuntivitis subaguda, las experiencias del autor están perfectamente de acuerdo con las de Morax. Tres veces ha encontrado ulceraciones corneanas insignificantes en el curso de la conjuntivitis. En general, la enfermedad curó rápidamente con el sulfato de zinc en solución al 2 por 100. Diversas recidivas ha observado, algunos hasta á los seis meses, si bien en estos casos pudiera tratarse de una nueva infección.

La conjuntivitis de pneumococus se presenta bajo tres formas diferentes: la primera era muy contagiosa; muchos individuos de la misma familia eran atacados, sobre todo, niños. Los síntomas subjetivos eran poco manifiestos. Objetivamente se veía el aspecto húmedo y brillante de los ojos; la conjuntiva bulbar era inyectada de un rojo violeta; nada de hemorragia. Separando los párpados se veían filamentos fibrinosos, ó pequeñas membranas, que no se adhe-

rían á la mucosa. El examen microscópico reveló siempre abundancia de pneumococus. Estos se cultivaban mal sobre los medios sólidos; en caldo su desenvolvimiento era típico. El microbio era poco virulento para la rata. En uno de estos casos, el autor hizo la excisión de trozo de conjuntiva, y demostró la presencia de pneumococus en todas las capas de la conjuntiva y en el tejido subconjuntival.

En la segunda forma, observada sobre todo en los adultos, tenía una marcha crónica. Los síntomas subjetivos y objetivos eran poco intensos, pero la enfermedad era muy refractaria al tratamiento. Los numerosos diplococus encontrados en la secreción conjuntival eran idénticos al pneumococos por su aspecto microscópico, excepto la falta de cápsula. Los microbios faltaban de la conjuntiva al mismo tiempo que cesaban los síntomas subjetivos. Cuanto á los caracteres de cultivo, el microbio difería notablemente del pneumococus: se desenvolvía mejor sobre gelosa; en caldo forma un depósito lanoso considerable sin enturbiar el líquido por encima.

El examen microscópico de este depósito demostró la existencia de largas cadenas de 100 microbios ó más. Estas cadenas se parecen mucho á las del estreptococus, pero difieren de ellas por la forma de los individuos que la constituyen, que es oblonga ó discóidea; además, se decoloran con frecuencia, pero no constantemente por el método de Gram. En fin, la virulencia era débil; inyectando en gran cantidad los cultivos en caldo no matan á los ratones.

La tercera forma está representada por dos casos en niños, en los cuales la secreción era abundante y casi purulenta. Los microbios prendían mejor en la gelosa que en el caldo. Su virulencia era muy pronunciada.

El autor cree que la marcha crónica de la enfermedad se debe á estos caracteres especiales del microbio (*Archives d'Ophtalmologie*, agosto 1900).

V. Según Jensen no se puede separar la escleritis ó episcleritis de la esclero-coroiditis anterior aguda ó subaguda. Es cierto que se encuentran casos que corresponden á los tipos descritos por Wecker, pero frecuentemente esta semejanza no es más que aproximada; una episcleritis típica puede estar sujeta más tarde á complicaciones graves como la queratitis, la iritis, etc.; por otra parte, se pueden presentar durante la marcha de una escleritis profunda botones superficiales. En general, puede asegurarse que una escleritis es tanto más grave cuanto más profunda. Aun las formas superficiales,

son algunas veces muy rebeldes, de larga duración y con tendencia á las recaídas.

El tratamiento debe dirigirse principalmente á abreviar cuanto sea posible la marcha lenta de la enfermedad. La medicación generalmente usada, en la cual el salicilato de sosa juega el principal papel, no llena esta exigencia sino en un número reducido de casos.

Muchos enfermos no toleran aquel medicamento, cuyos efectos secundarios son obstáculo á su largo empleo; además, muchas veces el efecto del salicilato de sosa es nulo.

En 14 casos de escleritis tratados en dos años, el autor se ha alejado de la medicación interna para sustituirla por un tratamiento local. Ha empleado tres métodos diferentes: inyecciones subconjuntivales de una solución de salicilato de sosa al 2 por 100 (0'20 á 0'30 gramos cada dos días), masaje á través de los párpados con la pomada de ictiol al 10 por 100 y cauterizaciones superficiales con el pequeño cauterio de Paquelin.

Las inyecciones han sido empleadas en dos casos, de los cuales uno había persistido mucho tiempo y la inflamación era muy extensa: curó con inyecciones. En el otro caso este tratamiento fué abandonado á causa de los vivos dolores que producían.

El masaje ha dado resultados superiores; en siete casos cuya duración media era de cinco á seis meses, la curación se obtuvo después de diez á quince sesiones de masaje en tres ó cuatro semanas. En general, después de las cuatro ó cinco sesiones primeras, la protuberancia se aplana, la inyección casi desaparece, pero es menester continuar durante mucho tiempo para hacer desaparecer toda la infiltración. Al principio la presión ejercida sobre el ojo debe ser débil, á causa de la sensibilidad de la parte enferma; más tarde se puede aumentar la presión.

Los mejores resultados los ha obtenido con las cauterizaciones hechas con el cauterio muy puntiagudo. Este método le empleó por primera vez el autor en una mujer de treinta y ocho años, que durante algunos meses había sufrido una escleritis muy intensa complicada de queratitis y de iritis. Curada aparentemente con el masaje, presentó como recidiva un botón próximo á la parte inferior de la córnea. Una sola cauterización superficial le hizo desaparecer en una semana. En otros dos enfermos, la infiltración escleral era menos prominente, más difusa, en ellos se practicaron una fila de cauterizaciones puntiagudas, sobre la parte más prominente, á lo largo del limbo, la córnea. Aunque el efecto no fué tan rápido como en el

primer caso, la curación se obtuvo; los dolores espontáneos cesaron pronto y la infiltración desapareció en tres ó cuatro semanas.

Según estas observaciones, el autor recomienda en primer lugar las cauterizaciones superficiales punteadas, como el medio más activo en el tratamiento de la escleritis. Los inconvenientes de este procedimiento son muy pequeños, si se evita el empleo del separador y de la pinza de fijación. La reacción que sobreviene es casi nula. Cuanto á las recidivas, el tratamiento local parece tan inseguro para prevenirlas como la medicación general.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

Un caso de antrax maligno. Empleo del extracto de la levadura de cerveza. Curación.—En la *Revista Médica de Córdoba*, publica D. Cristóbal García, el caso referente á un individuo de sesenta y dos años, linfático y de regular constitución, que padecía un antrax en la parte externa superior del lado izquierdo de la región lumbar, como de seis centímetros de largo por cuatro de ancho, y alrededor se extendía una zona inflamatoria roja y tumefacta como de algo más de un centímetro, notándose en la parte céntrica del sitio afectado varios puntos blancos que á la presión daban salida á pequeñas gotas de pus espeso y amarillento. El dolor local era intenso al menor movimiento, y los síntomas generales consistían en algo de fiebre, lengua saburrosa y laxitud general. La cura consistió en lavados antisépticos, aplicación del dermatol y algodón salicilado; los síntomas restantes se combatieron con los medios apropiados. A pesar del esmero con que á las curaciones se atendía y de la relativa facilidad con que se empezaron á eliminar á los cuatro ó cinco días algunos de los paquetes celulares del dermis mortificados y acompañados de mayor supuración, lo que hizo innecesarios los grandes desbridamientos, y mejorando por el pronto algo el estado general del enfermo, sin embargo, pronto el afecto local se extendía, é invadiendo alrededor los tejidos sanos y siempre bordeados por su zona inflamatoria, pronto alcanzó como doce ó trece centímetros en su mayor diámetro y poco menos en el más pequeño, siguiendo la natural tendencia invasora que siempre distingue á este especial padecimiento.

En esta situación y presentándose algo de adinamia, efecto sobre todo de la intensa fiebre, y notando que este estado en muy poco disminuía, á pesar del empleo de la quinina y otros varios medicamentos, indicados al objeto, se le administró el extracto seco de levadura de cerveza, el que empezó á

usar á la dosis de tres cucharaditas al día, disueltas en agua de Seltz, continuando la misma curación anterior y el mismo plan descrito. Desde el segundo día de este tratamiento, empezó á notarse marcadamente un cambio especial en el aspecto del tumor, sobre todo en los bordes que se deprimieron, tomando una coloración violácea y adquiriendo los tejidos notable laxitud; y aunque en el resto de la superficie existían algunas cavidades, producidas por eliminaciones de masas celulares, los paquetes esfacelados que hacia la parte más externa se adherían por bridas profundas á los tejidos subyacentes, empezaron á desprenderse con mayor facilidad en cada cura, y poco á poco, antes de los ocho días que duró la administración del medicamento, quedó el antrax reducido á una úlcera simple, y cediendo al par la fiebre y mejorando el estado general, se obtuvo una curación rápida y feliz. Como síntoma fisiológico del medicamento en cuestión, consideramos un ligero catarro intestinal que se presentó al día siguiente de su uso, que se sostuvo mientras duró éste y que desapareció, merced á ligeros astringentes, sin que obligase por un momento á alterar el plan establecido.

Considera el Dr. García el antrax de que se ocupa, como una reunión de forúnculos, siguiendo la opinión expuesta por Lœwenberg en su Memoria, publicada en *Le Progrés Médical*. Según dicho autor, el forúnculo se desarrolla por el trabajo y acción de un microbio especial, cuyos gérmenes, transmitidos por el agua ó el aire, producen la afección, y cuyos forúnculos, al acumularse en reducido espacio ó en especiales circunstancias, dan lugar á la enfermedad y á sus diversas complicaciones, según las condiciones del individuo en que se desarrolla. Este origen microbiano, que ya había indicado Pasteur y cuya opinión han seguido desde entonces los patólogos en general, explica la infección que acompaña siempre á la evolución del tumor y que en ocasiones, en sujetos debilitados por diferentes causas, llega á producir hasta la muerte.

Teniendo esto en cuenta, y después del conocimiento de los efectos obtenidos en este caso, ve el Dr. García cierta semejanza entre éstos y los observados en la difteria después de la aplicación de la seroterapia, porque primero cede el estado general infeccioso y á seguida varían las condiciones locales del padecimiento, es decir, se neutralizan los efectos de las ptomaínas absorbidas y curan la lesión *in situ* producida por el agente microscópico. Cree que se puede sospechar la acción específica de este fermento sobre la vitalidad y accidentes patológicos consecutivos del microbio productor del antrax y pensar que la curación puede ser producida por este medio más que por acción tónica general, eliminadora ó regeneradora de energías, que no hay, en el intervalo de su administración á sus efectos, casi tiempo material de que estos puedan apreciarse.

Conicidad hipertrófica del hocico de tenca. Embarazo con anteversión del útero. Parto con rigidez anatómica de la porción cervical. — En el *Boletín del Colegio Médico-Farmacéutico*, de Alicante, D. E. Manero publica un caso clínico en el cual existen todas las circunstancias del enunciado.

Se trata de una mujer joven y bien conformada, dismenorréica con grandes trastornos en cada período menstrual, pasado el cual su salud no acusaba perturbación alguna. Después de casada, la menstruación dismenorréica

seguía accesionalmente. Reconocida se vió que tenía una hipertrofia del cuello de la matriz de forma cónica y que ocupaba casi toda la vagina, descendiendo en el acto de la defecación hasta la vulva. El útero estaba en anteversión. A los quince meses de casada quedó embarazada y sin más accidentes, durante este embarazo, que los vómitos hasta el último mes. Llega el parto, los dolores aumentan y pasan veinticuatro horas sin dilatarse el hocico de tenca. Roto el amnios pasan horas y el cuello rígido y descendiendo sobre la fosa sacra por la antero-versión de la matriz, el parto se hacía imposible, y los dolores no faltaban con regular intermitencia, y en este estado mandó acostarse á la parturienta en decúbito dorsal con la pelvis levantada en posición parecida á la de Trendeleburg y empujando con la mano izquierda al fondo de la matriz y con los dedos de la derecha el hocico de tenca hacia delante, corrigió este distocia, y el parto se verificó sin contratiempo.

El Dr. Manero deduce de este caso las siguientes conclusiones :

1.ª Que la conicidad hipertrófica del hocico de tenca no es siempre causa de esterilidad.

2.ª Que esta misma conicidad es causa de rigidez anatómica cervical.

3.ª Que la combinación de la hipertrofia del hocico de tenca con la anteversión muy pronunciada del útero, producen una distocia que exige la correspondiente intervención. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Continuación)

Sección de Otología.

Notaciones acumétricas. Proyecto de unificación. — El Dr. F. Schiffer (de Lieja) (*Conclusiones*): 1.ª El reloj y todas las especies de acúmetros sin graduación no pueden servir para una notación mínima fundamental.

2.ª El diapasón es el único medio de medir la audición del enfermo que se examina. El método óptico constituye un progreso verdadero, susceptible de perfeccionamientos ulteriores.

3.ª El método, que consiste en recurrir al diapasón contando la dureza de percepción, tiene partidarios decididos. Conviene indicar el diapasón que se emplea.

4.ª La prueba de Weber conserva todo el valor que se le atribuye.

5.ª La prueba de Rinne, si se utiliza, se modificará en su modo de aplicación colocando el pié del diapasón delante del tubo otoscópico, para que la comparación entre el valor de la percepción aérea y la sólida sea exacta.

6.ª El examen por el lenguaje articulado es indispensable, particularmente en los niños.

Experimentos acústicos aplicados á la educación de los sordo-mudos.—El Dr. Sschwendt (de Basilea) (*Conclusiones*): 1.ª Es preciso utilizar siempre el resto auditivo cuando es considerable. Es suficiente si permite distinguir las vocales y cierto número de consonantes, lo que corresponde siempre á una audición suficiente de la 3, la 4.

2.ª La educación complementaria por el oído no debe hacerse en detrimento de la facultad de leer con los labios.

3.ª Para juzgar bien los resultados del método, conviene que los semisordos, aptos para utilizar la instrucción complementaria, se separen de los sordo-mudos.

Ejercicios acústicos en la sordo-mudez.—El Dr. B. Loewenberg (de París): Fuí el primero que en mi trabajo sobre los tumores adenoides, señalé las diferencias acústicas entre las vocales nasales (*an*, *on*, *un*, etc.), tal como se pronuncian en francés y las propias de otros idiomas europeos (*ang*, *ong*, *ung*, etc.). En 1889 determiné, por el método de Helmholtz, las notas musicales propias á cada una de estas vocales nasales. Conviene añadir estos sonidos y sus notas propias á los cuadros de los sonidos de las vocales y de las consonantes formados por Schwendt y otros autores.

Es indudablemente falsa la afirmación de que por medio del micrófono puede hacerse percibir ciertos sonidos á todos los sordo-mudos. Como la sordo-mudez es debida con frecuencia á la falta congénita del laberinto, del nervio acústico, etc., se comprende que la percepción en estos casos sólo puede ser táctil.

El que los sordo-mudos perciban mejor unos sonidos que otros, se explica perfectamente, porque los del clarinete carecen, por decirlo así, de notas armónicas superiores, mientras que las del óboe son agudas y propias para excitar un nervio acústico torpe.

Tratamiento quirúrgico de la esclerosis ótica.—El Dr. F. Siebermann (de Basilea): La experiencia adquirida hoy permite negar la utilidad del tratamiento quirúrgico de la otitis esclerosa. Casi todos los autores que se han ocupado de este asunto, admiten por unanimidad que dicho tratamiento sólo puede producir resultados favorables cuando se trata de modificaciones debidas á la otitis supurada y al catarro de forma hipertrófica, y, aun en estos casos, las indicaciones y los resultados del tratamiento son inseguros.

La anatomía patológica de la esclerosis auricular, conduce también á desechar el tratamiento quirúrgico de esta afección. Conviene manifestar que, bajo el punto de vista clínico y del anatómico, es preciso separar de la esclerosis de Trœltsch: 1.°, la obstrucción de la trompa de Eustaquio, sea la que quiera su naturaleza; 2.°, los restos de otorreas antiguas; 3.°, las afecciones del sistema nervioso con participación del acústico. A esta última categoría pertenecen, entre otras, la forma de sordera progresiva, que principia de ordinario, entre los cuarenta y cincuenta años, casi nunca antes, en la que el oído medio suele quedar á salvo y que se ha llamado *presbiacusia*.

La forma juvenil de la sordera progresiva principia entre los diez y veinte años ó entre los veinte y treinta, rara vez después. Corresponde á la esclerosis propiamente dicha de Trœltsch, y consiste en la formación de uno ó varios focos esponjosos en el seno de la substancia ósea compacta de la cápsula laberíntica.

a) La pared laberíntica es la que se afecta antes y con más frecuencia en la porción anterior y superior de la ventana oval; sobreviene la fijación del estribo, en parte á causa de la estrechez de la ventana, causado por el depósito en su superficie de substancia ósea esponjosa, en parte por la formación de substancia, primero osteóide, después ósea, en el tejido propio del ligamento anular. Este foco de osificación se extiende por dentro y por delante, casi siempre, hasta la extremidad del canal coclear. En los casos que no son muy rebeldes se observa en esta afección la triada sintomática de Bezold.

b) Pueden encontrarse también focos aislados en todas las espirales del caracol ó en algunas de ellas; producen entonces la imagen de la sordera nerviosa, casi siempre por alteración física y química de la linfa y de la perilinfa, más rara vez por compresión del nervio coclear. Las combinaciones de la anquilosis del estribo con la sordera nerviosa, son frecuentes, sobre todo en los períodos avanzados de la enfermedad (disacusia de Bezold).

c) El origen de estos focos, que se desarrollan en sentido concéntrico, está situado en la zona limítrofe de la cápsula laberíntica, propiamente dicha, y del tejido óseo de origen parietal.

d) Si se quisiera tratar quirúrgicamente los focos esponjosos de la cápsula laberíntica, sería necesario, aun desde el principio de la enfermedad y cuando está poco desarrollada, extirpar cierta cantidad de tejido óseo enfermo y una gran parte del caracol, que cuado menos estará excoriado, abierto y destruído.

Tratamiento quirúrgico de la otitis esclerosa. — El Dr. Ricardo Botey (de Barcelona): Estoy convencido desde mucho tiempo que la esclerosis ótica es una trofo-neurosis. Las lesiones encuéntranse caprichosamente diseminadas en la mayoría de los casos, y raras veces aquéllas están localizadas únicamente en el oído medio; frecuentemente los desórdenes de la caja coinciden con procesos parecidos del laberinto, de las células mastoideas, del antro, y algunas veces también del esqueleto y mucosa de las fosas nasales y de la naso-faringe.

Estas lesiones concomitantes son á menudo bastante atenuadas, pero el trastorno nutritivo es general, siendo irreparable la atrofia de los elementos epiteliales, nerviosos y glandulares, á pesar de su apariencia insignificante y engañosa, y á pesar también de que nuestros medios de examen otoscópico y funcional no puedan establecer que esta trofo-neurosis se haya extendido más allá de los confines de la caja para invadir la cápsula laberíntica, sino cuando las alteraciones han atacado ya seriamente á las terminaciones neuro-epiteliales del nervio acústico.

En otros términos: pienso que la otitis seca, otitis hiperplástica ó esclerosis auricular, es una *panotitis* que evoluciona de diversas maneras ó se localiza de preferencia en unos puntos más bien que en otros del oído medio é interno, según la variedad patológica, y que á pesar de existir frecuentemente desde larga fecha alteraciones en la caja, lo propio que en la cápsula,

estas lesiones, no estando precisamente situadas en el trayecto principal de las ondas sonoras (huesecillos, ventana oval y redonda), ó bien en las terminaciones del nervio acústico, permanecen, por decirlo así, en estado latente.

Sentado esto, es natural que no vaya á mostrarme muy partidario del tratamiento quirúrgico de la esclerosis ótica.

No obstante, he intentado gran número de veces curar ó mejorar la sordera, debida á la otitis seca, por medio de las diversas intervenciones quirúrgicas ejecutadas en estos últimos tiempos.

He puesto en práctica: *a)* la perforación del tímpano ; *b)* la movilización del estribo; *c)* la extracción del martillo, del yunque y de la membrana; *d)* la movilización profunda del estribo después de la sección de las bridas y adherencias que mantienen unidas sus ramas al nicho de la ventana oval; *e)* y finalmente, la extracción del estribo.

Es preciso en absoluto, para intervenir con alguna probabilidad de éxito, que los diversos medios de examen de la agudez auditiva nos demuestren que el laberinto está intacto.

El reloj en contacto con las paredes del cráneo, debe oirse sobre la mastoides, la región temporal y la zigomática. El Weber debe hallarse lateralizado en el oído más sordo, siendo el Rinne negativo. La perforación timpánica debe mejorar por poco que sea la audición.

Cuando se encuentran estas cuatro condiciones unidas, puédese intervenir, principalmente si la audición para el reloj y la voz cuchicheada se reduce á algunos centímetros.

A) Perforación del tímpano.—Si esta pequeña operación debe practicarse como medio diagnóstico, la ejecuto con un pequeño cristal de ácido crómico, fundido á la llama del alcohol, en el extremo de un estilete. Al cabo de algunos minutos se ha conseguido la perforación. No es indispensable una previa anestesia con la cocaína. Unicamente, si después de la aplicación de este cáustico en el cuadrante postero-inferior del tímpano, el enfermo se queja de un escozor muy vivo en el fondo del oído, pongo en contacto de la membrana una bolita de algodón empapada de una solución concentrada de cocaína, desapareciendo el dolor al poco rato.

Con este objetivo he practicado ocho veces la miringotomía en la otitis seca. Utilizo este sistema de perforación del tímpano cuando el conducto es estrecho y tortuoso, siendo, por consiguiente, difícil la extracción de los huesecillos.

El procedimiento operatorio de que me valgo como tratamiento, es poco más ó menos el de Miot, es decir, separo completamente la membrana cortando el mango del martillo por debajo de la apófisis externa.

A pesar de una rigurosa antisepsia, he visto producirse frecuentemente una inflamación supurativa de los labios de la herida timpánica y de la caja, que ha durado algunas semanas. La perforación ha disminuído en extensión, formándose bridas y puentes membranosos después de cesar la supuración.

A la larga, es decir, al cabo de dos años, la sordera ha sido aproximadamente la misma que antes de la operación. En dos casos fué aun agravada. En los otros seis no obtuve más que una mejoría de algunos centímetros para el reloj y de algunos decímetros para la voz cuchicheada; pero después

de transcurrido el año, los enfermos no estaban satisfechos, ya que oían casi como antes de la operación.

B) Movilización del estribo. — He practicado esta operación veintidós veces en la otitis seca y más de cincuenta en los casos de bridas, retracciones, sinequias y anquilosis, consecutivas á las supuraciones de la caja. En estos últimos casos he mejorado siempre, ó casi siempre, la audición de los enfermos. En tres de ellos la mejoría fué instantáneamente considerable, existía una perforación excesivamente ancha, por la cual divisábase perfectamente al estribo; pude romper al paso las adherencias con el nicho, oyendo en seguida los enfermos la voz cuchicheada á 4-5 metros y el reloj á 50-60 centímetros.

Pero desgraciadamente, en los casos de otitis seca la mejoría ha sido constantemente insignificante y pasajera; aun reoperando muchas veces á los enfermos, no he podido obtener más que resultados muy poco animosos.

Resulta, pues, según mis experimentos, que la movilización del estribo en la otitis seca es una mala operación, por esto no la ejecuto desde hace mucho tiempo, ya que el *stimulus* traumático da origen á la migración de cierta cantidad de elementos embrionarios que, esparcidos entre las mallas del tejido conectivo y entre los elementos epiteliales, se organizan más tarde en tejido conjuntivo adulto, el cual, agregándose á la esclerosis ya existente, empeora más tarde la situación, quedando en definitiva el enfermo al cabo de año y medio más sordo que antes de la operación.

No obstante, practico aún á menudo la movilización del estribo en los casos de fijeza de este huesecillo, después de la otitis media supurativa, principalmente si persiste una perforación favorable á la ejecución de esta operación sin abertura timpánica. Los resultados son muy superiores á los obtenidos en la otitis seca, y mucho más persistentes, pero en ocasiones es preciso también reoperar á los enfermos, y éstos quedan, en último resultado, casi tan sordos como antes de la operación, ya que no es siempre posible romper todas las adherencias del estribo, y á veces la neoformación conjuntiva inutiliza nuestros esfuerzos.

C) Extracción del martillo, del yunque y de la membrana.—No hallo ventaja alguna en ejecutar previamente, como Garnault y Malherbe, la operación de Stacke para extraer el tímpano y los huesecillos. En España, todos los enfermos rechazan cualquiera operación de cierta importancia que tenga por objeto ensayar el mejoramiento de la audición. No tengo, pues, ninguna experiencia sobre la extracción del martillo, del yunque y del tímpano por la vía externa, perforando la mastoides y separando la pared postero-superior del conducto antes de hacer saltar la pared externa del ático.

Cuando el conducto es ancho y no muy curvo, puédese siempre verificar la ablación del tímpano y de los dos primeros huesecillos sin osteotomía previa, ejecutando de este modo una operación benigna. Por otra parte, como afirma el Dr. E. J. Moure en su trabajo (1) «en el acto operatorio, consistente en separar el martillo y el yunque, sin ningún género de duda se moviliza intensamente el estribo, con lo cual se mejora el oído del enfermo».

(1) *Traitement chirurgical de l'otite moyenne chronique*, etc., Congreso Internacional de Moscou, 1897.

Pero después de esta movilización indirecta, el reavivamiento de la hiperplasia conjuntiva empeora más tarde la situación, como en los casos de simple movilización del estribo, citados más arriba.

No es indispensable, en mi sentir, desprender por el conducto una porción más ó menos extensa de la pared externa del ático para verificar la extracción del martillo y del yunque, como tampoco para movilizar fuertemente el estribo en algunos casos.

Tampoco hay que recurrir á la anestesia clorofórmica para estas pequeñas operaciones, aunque se haga saltar á la pared externa del ático. Me sirvo en estos casos, desde hace algunos meses, para conseguir la anestesia local, de la siguiente fórmula, recomendada por el Dr. Albert, A. Gray, de Glasgow:

Alcohol de 40°	10 gramos.
Aceite de anilina	10 —
Clorhidrato de cocaína	2 —

Obtiénese con esta solución una anestesia completa del fondo del oído en casi todos los casos, aun en aquellos en que el tímpano encuéntrase inflamado.

No describiré la técnica por mí seguida; únicamente añadiré que si la antisepsia ha sido rigurosa, al cabo de cuatro ó cinco semanas la cicatrización es perfecta y sin el menor vestigio de supuración. Desgraciadamente, aparece á menudo un ligero derrame sero-purulento, que produce espesamientos, bandas y cintas membranosas circulares, irregulares algunas veces, las cuales engloban la parte postero-superior de la caja, es decir, las proximidades del nicho de la ventana oval, cubriendo y ocultando de tal manera las ramas del estribo, que es imposible casi encontrarle para movilizarle de nuevo. Nos vemos precisados entonces á seccionar á ciegas el tejido inodular que recubre esta región, pudiendo entonces, si no se obra con una prudencia extrema, arrancar el estribo ó romperle por una de sus ramas.

Además, se forma también en las inmediaciones del marco timpánico una nueva membrana, más delgada en la mayoría los casos y más adherente al promontorio, que es preciso quitar dos, tres y aun cuatro veces seguidas en el intervalo de algunos meses. Los enfermos entonces pierden á menudo la paciencia y acaban por no querer sufrir nuevas operaciones, ya que éstas van siendo cada vez más dolorosas.

He aquí un corto resumen de los resultados por mí obtenidos: En 10 casos de extracción del tímpano, del martillo y del yunque, no he obtenido mejoría permanente del oído más que en un enfermo, y aun esta mejoría no fué considerable. En otro caso (hombre de cincuenta y cinco años), en el cual la audición estaba limitada á 1 centímetro para el reloj y 8 para la voz cuchicheada, el enfermo quedó completamente sordo después de la operación. Hay que pensar que desgraciadamente prodújose una hemorragia vestibular, y aun coclear, que destruiría las terminaciones neuro-epiteliales del nervio acústico; esta hemorragia fué probablemente provocada por la luxación, y quizás el hundimiento de la platina del estribo en el interior del vestíbulo, durante las maniobras de extracción del yunque, por encontrarse la articulación incudo-estapedal más sólida que de ordinario.

En estos casos, al cabo de seis á diez meses, la mejoría de 3 á 7 centíme-

tros para el reloj, y de diez á treinta para la voz cuchicheada, desapareció. Los resultados por mí obtenidos en los ocho restantes casos son muy medianos, á menos de creer que he tenido que habérmelas con una serie desgraciada.

D) Movilización profunda del estribo después de la sección de las bridas y adherencias con el nicho de la ventana oval. — Esta operación no es generalmente practicable más que cuando se verifica la resección previa de una parte de la pared externa del ático. Verifico siempre esta operación preliminar por el conducto, sirviéndome únicamente de la anestesia local.

Naturalmente, es preciso que el enfermo no sea muy sensible y algo valeroso, ya que la operación, cuando el conducto es ancho, practicada con el instrumento de Mounier, produce una mala impresión, viéndome precisado, á menudo, después de haber separado dos ó tres laminillas de hueso de la pared externa del ático, á aplazar la terminación para más tarde por haber caído el enfermo en un estado sincopal.

Por otra parte, la sangre molesta mucho las maniobras en las proximidades de las ramas del estribo; por esta causa ejecuto también esta operación en dos tiempos. Esta intervención es bastante penosa para el enfermo y para el médico. A pesar de ello, he podido una vez ponerla en práctica sin la resección previa de la pared externa del ático, seccionando el mango del martillo, separando el tímpano é introduciendo mi espejillo intra-timpánico presentado en 1890 al Congreso de Berlín.

Pude entonces ver la situación del estribo, y con mis pequeños cuchillos acodados en bayoneta, que presenté también á este Congreso, corté circularmente las bridas y tejidos que rodeaban al estribo hasta su base.

Los resultados obtenidos en este último caso, fueron de 11 centímetros para el reloj y de 50 para la voz cuchicheada, oyendo el reloj al contacto y la voz á 2 centímetros del oído antes de la operación. Pero desgraciadamente, al cabo de dos meses el enfermo estaba casi tan sordo como antes de la operación.

En algunos otros enfermos operados, con resección de la pared externa del ático por el conducto, el resultado fué menos importante, casi nulo en dos de ellos.

E) Extracción del estribo y demás huesecillos del oído. — He dudado largo tiempo antes de decidirme á poner en práctica esta operación, ya que los resultados obtenidos por los autores eran bastante mediocres. Por fin, últimamente he practicado esta operación en un antiguo escleroso de tímpano calcáreo, el cual no oía la voz cuchicheada más que sobre el meato, siendo el Rinne negativo, pero percibiendo aún el reloj aplicado sobre la mastoides. El resultado fué absolutamente nulo, á pesar de que pude extraer el estribo sin romper sus ramas y sin necesidad de separar una parte de la pared externa del ático.

Pienso, pues, que Politzer tiene razón cuando asegura que la importancia de la extracción del estribo no es muy grande, lo propio que su movilización, ya que las lesiones graves se encuentran en el laberinto. Según el Profesor vienés, la anquilosis del estribo sería debida á la formación en el laberinto membranoso (en la cápsula) de tejido óseo, el cual, ganando la placa del estribo, haría que la avulsión del mismo no bastara para impedir la obliteración de la ventana oval.

Yo mismo concebí grandes esperanzas sobre esta operación en ocasión de mis experimentos en animales en 1890, los cuales fueron objeto de una extensa comunicación al Congreso de Berlín. Hoy día, y á pesar de mis primeros optimismos, pienso que no debe aconsejarse esta operación más que con extrema reserva, y en los casos, por ejemplo, en que la fijeza del estribo es debida á cicatrices ó adherencias, después de las afecciones supurativas de la caja podrá ejecutarse sin temor, ya que en estos casos el laberinto y su cápsula están intactos.

En la anquilosis, pues, del estribo, consecutiva á la otitis seca, los resultados son poco satisfactorios y casi siempre nulos al cabo de dos años del tratamiento quirúrgico, ya que no puede saberse en el vivo el estado de la ventana redonda y del laberinto, á pesar de los medios de investigación de que disponemos.

No me parece bien demostrado que los únicos enfermos que puedan sacar provecho de la ablación del tímpano y de los huesecillos sean aquéllos en los cuales la prueba de Rinne es negativa, lo cual indicaría, según Behrens, que la afección se encuentra estrictamente limitada al oído medio. Esto puede ser cierto en muchos casos, pero se encuentran otros en los cuales la audición está muy disminuída, no procurando ninguna mejora en ellos la perforación timpánica, siendo de resultado nulo ó insignificante la ablación del tímpano y de los dos primeros huesecillos, lo cual indica que la trofoneurosis se ha extendido más allá de los confines de la caja.

Mi estadística sobre el particular es desconsoladora en gran manera, ya que los resultados por mí obtenidos son, á lo más medianos, bastante á menudo insignificantes y á la larga casi siempre nulos. Por otra parte, puede suceder que la operación agrave considerablemente la sordera. Quizás más tarde, cuando las indicaciones sean más precisas, cuando la técnica haya sido perfeccionada, obtendré mejores resultados; pero en la actualidad sólo hay que hacer excepción para los afectos consecutivos á las otitis medias purulentas.

Sin embargo, teniendo en cuenta el pronóstico inexorable de la otitis seca abandonada á sí misma, la extracción del tímpano y de los huesecillos puede ser ensayada como una tentativa arriesgada de pronóstico bastante difícil de adelantar, ya que pueden existir lesiones más profundas, produciendo, por otra parte, la operación una neoformación inodular proliferativa, como lo demostré en 1890 en el Congreso de Berlín. En efecto, decía entonces ocupándome de mis experimentos en los animales : *á menudo, cuando la excitación del periostio del promontorio que rodea la ventana oval no es acentuada, la ventana oval no hace más que estrecharse más ó menos, dejando algunas veces una pequeñísima abertura, por la cual pasa justo el pequeño tallo del estribo. Entonces sucede siempre que la platina del estribo situado más profundamente, se osifica completamente, aumenta mucho de espesor*, SOLDÁNDOSE COMPLETAMENTE CON LA VERDADERA VENTANA OVAL, SITUADA AL FONDO. [*Esto explicaría el mecanismo de ciertas anquilosis del estribo en el hombre sin invocar una enfermedad especial, sino simplemente por una propagación á distancia de la inflamación, al periostio de la base del estribo y del contorno de la ventana oval en los catarros intersticiales de la mucosa.*]

Finalmente, los resultados transcritos por la mayoría de los autores, son

casi todos tomados algunas semanas ó algunos meses después de la operación. Como el traumatismo produce una congestión con trasudación serosa y embrionaria, que da flexibilidad á los tejidos durante algún tiempo, favoreciendo, por consiguiente, el movimiento de las articulaciones de los huesecillos, sería preciso no mencionar los resultados sino al cabo de dos años. Estoy seguro que entonces la mayoría de los enfermos afectados de otitis seca, considerados como considerablemente mejorados por la operación, se encontrarían oir menos ó aproximadamente como antes de la misma.

Durante el curso de mis trabajos anatómicos sobre la extracción del estribo en los animales (1890), sobre la punción de la ventana redonda (1896 y 1897), y últimamente sobre la ausencia de tabicamiento de la caja (1899), he examinado á menudo órganos auditivos de cadáveres de ancianos, pasando de los cincuenta, ya que los jóvenes estaban reservados por los mozos del anfiteatro, á la desarticulación de los huesos del cráneo, para el estudio de la osteología. Como los cadáveres fueron tomados al azar, no pude saber, á pesar de encontrar lesiones francamente esclerosas ó adhesivas en la caja, si el individuo portador de estas lesiones había sido más ó menos sordo del lado del oído examinado por mí en mi laboratorio.

Como en España no existe una sola Clínica otológica hospitalaria donde sea posible, por consiguiente, hacer autopsias, el estudio anatomo-patológico de la esclerosis ótica resulta casi imposible como comprobante de los síntomas apreciados durante la vida. Precisa, pues, tomar los cadáveres tal como se les encuentra, sin antecedentes, ó contentándose con los muy vagos en algunos casos raros.

No obstante, como la esclerosis ótica es bastante común de cuarenta á sesenta años, y las lesiones producidas por ella en el oído medio son fácilmente reconocibles, pude al paso notar que siempre que encontraba vestigios de flegmasía crónica intersticial de la mucosa de la caja, con anquilosis del estribo y formación de bridas y puentes membranosos en el oído medio, el laberinto, y principalmente la pared externa del vestíbulo, se encontraban siempre simultáneamente afectados de los mismos trastornos tróficos. En un caso de ellos, en el cual las lesiones del oído medio eran insignificantes (sujeto de sesenta á setenta años), noté que el vestíbulo y la primera porción del canal coclear estaban fuertemente hiperostosados, la base del estribo formaba una eminencia en el interior del laberinto, en el área de un gran relieve constituído por el ligamento anular osificado y el orificio del canal coclear, estaba reducido á un conducto filiforme.

En otra pieza anatómica encontré el nicho de la ventana redonda, indicada por un pequeño hueco, cuyo fondo era muy duro, habiendo desaparecido la membrana de esta abertura. Naturalmente que en esta segunda preparación existían diferentes vestigios de esclerosis en el oído medio.

En una tercera preparación, en la cual el estribo se encontraba fuertemente anquilosado por infiltración calcárea del ligamento anular y adherencia de las ramas de este huesecillo en las proximidades del nicho de la ventana oval hiperostosada, el interior del caracol encontrábase en parte estrechado por la neoformación de tejido óseo esponjoso distribuído irregularmente.

Ultimamente, una cuarta preparación decalcificada, cuyos cortes horizon-

tales atravesaban enteramente la cápsula del laberinto, presentaba las siguientes particularidades: el interior del vestíbulo se encontraba estrechado en todos sentidos por la hiperostosis de sus paredes, las dilataciones ampulares de los canales semicirculares encontrábanse aplastadas irregularmente; el canal horizontal obstruído en su extremidad periférica, y la parte del caracol vecina al vestíbulo, llena en el espacio comprendido entre el canal coclear y el canal vestibular de tejido conjuntivo en forma de delgados filamentos múltiples, en parte calcificados.

Como no hacía un estudio anatómico serio de la cuestión, no observé más que algunos otros casos, cuyas lesiones laberínticas no eran tan manifiestas. Creíme suficientemente instruído á pesar de no haber podido estudiar más que sumariamente la anatomía patológica de las lesiones laberínticas en la esclerosis auricular. Adquirí la convicción de que *la otitis seca es una lesión inflamatoria intersticial crónica, casi siempre panótica, de naturaleza trofo-neurótica, y que en algunas ocasiones las lesiones se encuentran mucho más marcadas en el laberinto que en el oído medio.* Estas lesiones, teniendo, como ha indicado Politzer, su principal foco en el vestíbulo y en la cara interna de la ventana oval, irrádianse muy lentamente hacia la caja, hacia el canal coclear y hacia los canales semicirculares de un modo excesivamente caprichoso é irregular, siendo, por consiguiente, casi inútil, en la mayoría de los casos, toda intervención en la caja.

Terminaré este trabajo con las siguientes conclusiones:

1.ª En la otitis seca, para justificar el ensayo del tratamiento quirúrgico, á pesar de su ineficacia casi constante, es preciso que la percepción craneana del reloj esté conservada, que el Rinne sea negativo, el Weber lateralizado en el lado enfermo, y que la miringotomía mejore, por poco que sea, la audición.

2.ª Puédese, cuando el conducto es muy estrecho, ejecutar la perforación permanente del tímpano; pero, á pesar de obtenerse en ocasiones alguna mejoría del oído, al cabo de dos años, y suponiendo que las bridas y diafragmas han sido destruídos, el enfermo se encuentra tan sordo como antes de la operación.

3.ª La movilización del estribo en la otitis seca es una intervención completamente inútil, ya que la mejoría obtenida es siempre (cuando existe) transitoria. Esta operación se encuentra únicamente justificada en las consecuencias de la supuración, y aun en estos casos, la mejoría obtenida, consecutiva á la ruptura de adherencias del estribo, no es siempre muy considerable y definitiva.

4.ª La extracción del martillo, del yunque y de la membrana, pueden perfectamente ejecutarse por el conducto, cuando éste es ancho. Los resultados obtenidos son medianos ó insignificantes en la otitis seca. Los resultados lejanos son casi nulos, pudiendo, por otra parte, tener por consecuencia una agravación considerable de la sordera.

5.ª La movilización profunda del estribo puede ejecutarse sin previa operación de Stacke. Basta separar por el conducto una parte de la pared externa del ático. En la otitis seca, los resultados obtenidos por esta operación casi siempre son insignificantes y raramente permanentes.

6.ª La extracción del estribo, á pesar de las grandes esperanzas concebi-

das, es una mala operación. Los resultados son, en la afección de que tratamos, casi nulos.

7.ª El tratamiento quirúrgico de la otitis seca es una falsa ruta, por la cual se ha metido la otología moderna, ya que se trata probablemente de una trofo-neurosis, y las lesiones siendo casi siempre *panotíticas*, todos los medios empleados para modificar los órganos de transmisión de las ondas sonoras hacia el laberinto, no pueden hacer que éste, constantemente enfermo ó en camino de estarlo, no sea afectado cada vez más.

8.ª Los experimentos en los animales por mí verificados, no son del todo aplicables al hombre, puesto que en aquéllos el laberinto encuéntrase intacto y en nuestros semejantes está casi siempre más ó menos alterado, á pesar de que nuestros medios de investigación, aún imperfectos, no puedan siempre demostrarlo.

9.ª Estos mismos experimentos, verificados por mí en los animales en 1890 y repetidos en 1896, demostraron ya casi por anticipado la inutilidad del tratamiento quirúrgico de la esclerosis ótica ; pues excitando, por poco que fuese, los alrededores de la ventana oval, la platina del estribo se osificaba completamente, soldándose á la ventana oval, estrechándose ésta por espesamiento y osificación de su medio, como consecuencia de la propagación á distancia de una inflamación intersticial de la mucosa.

10. Siendo casi sabido que la esclerosis ótica es una trofo-neurosis, con formación de substancia conjuntiva y ósea, principalmente en la cápsula laberíntica, en las proximidades de la ventana oval, en el canal coclear y aun en las espiras del caracol, y estando más ó menos afectadas las terminaciones neuro-epitélicas del nervio acústico, el tratamiento quirúrgico de la esclerosis auricular es de una utilidad nula ó al menos dudosa.

F. Toledo.

(*Continuará*).

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 13 *de Noviembre de* 1900 (1).

La excreción urinaria de los neurasténicos. — El Dr. De Fleury : Hé aquí los resultados á que ha llegado el Dr. Gautrelet estudiando la excreción urinaria de los neurasténicos : 1.° Todos los neurasténicos tienen una hiperacidez urinaria marcada y un exceso de índican ; 2.°, los cloruros también se eliminan en notable cantidad ; 3.°, en los neurasténicos que también son hepáticos hay un exceso de urobilina en las orinas. Este modo de ver, respecto á la urología de los neurasténicos, se opone al del Dr. Joulie que cree que la hipoacidez urinaria es más frecuente que la hiperacidez. Para asegurar una excreción urinaria lo más perfecta posible en los neurasténicos, es necesario llenar las siguientes indicaciones : 1.ª Conviene oponerse á la insuficiencia de líquido y al exceso de densidad, y para ello no debe acudirse al régimen

(1) Primera del curso Académico actual.

seco, que presta servicios para tratar la dispepsia, pero que puede provocar la litiasis. Para lavar el hígado y el riñón hago beber mucho á mis enfermos en las horas en que está vacío el estómago, prescribiéndoles un vaso de agua de Evian ó de Alet á las nueve, á las diez y á las once de la mañana, y á las cuatro, á las cinco y á las seis de la tarde, y prohibiendo que beban en las dos principales comidas. La leche es excelente, si puede tolerarse, puesto que disminuye los cloruros, restablece la proporción normal de los fosfatos térreos y alcalinos, disminuye el ácido úrico y hace desaparecer el índican. 2.ª La nutrición de los neurasténicos está retardada y el coeficiente de utilización nitrogenada por debajo de la normal. Para acelerar los cambios nutritivos, empleo las inyecciones salinas á dosis moderadas y los baños estáticos cortos. 3.ª Falta saber si la orina de los neurasténicos es hiper ó hipoácida, y si conviene dar alcalinos, como quiere el Dr. Gautrelet, ó ácidos (clorhídrico y fosfórico), como quiere el Dr. Joulie. Aunque poseo pocos datos para terciar en este debate, me parece que la orina hipoácida en el momento de despertarse se hace hiperácida durante la digestión, y que el uso de los alcalinos no está contraindicado en el acto de las comidas, y he obtenido tales ventajas de su empleo, que no creo posible renunciar á ellos sin más amplia información.

El Dr. Robin: No tengo inconveniente en aceptar las conclusiones del Dr. De Fleury, pero he de advertir que cada neurasténico tiene su coeficiente nutritivo personal, coeficiente que debe modificarse de un modo variable para cada enfermo.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 14 *de Noviembre de* 1900.

Herida penetrante del cráneo por bala de revólver. — El Dr. Nimier: En la sesión anterior se ha insistido con razón sobre los diferentes puntos del tratamiento de estas heridas y, en particular, sobre su desinfección. Nuevos estudios y experimentos son necesarios para hacer resaltar mejor el papel del proyectil y los efectos que determina en semejantes casos. Este es un punto de experimentación que debe ser aclarado, y las diversas radiografías que os presento son de tal naturaleza, que pueden aportar alguna luz sobre esta cuestión.

El Dr. Potherat: A los ejemplos de herida intra-craneal citados, puede unirse el hecho siguiente aunque las heridas hayan sido producidas por perdigones. Se trata de un hombre de cincuenta años que se le encontró tendido en el suelo sin conocimiento; se hallaba en el coma con pérdida del movimiento y de la sensibilidad, y además tenía en la región temporal derecha tres heridas pequeñas que parecían insignificantes, y á las cuales no se dió al principio ninguna importancia. Yo ví cuatro días después á este hombre que tenía entonces fiebre, hemiplegia derecha y no había recobrado la palabra; algunos días después se presentó una erisipela alrededor de una

picadura de una inyección de suero y el enfermo sucumbió. En la autopsia, hecha por orden judicial, se encontró que las heridas de la región temporal habían sido producidas por perdigones, de los cuales dos habían quedado en el periostio y uno había atravesado el temporal en su parte más delgada; de aquí pasó á través del lóbulo temporal, lesionó la silla turca y después se reflejó en una dirección en que no ha sido posible encontrarle. Este proyectil séptico, en su camino, había provocado dos abscesos, uno en las circunvoluciones temporales y el otro en la circunvolución de Broca, determinando la muerte del herido. Esta observación demuestra que un perdigón en el cerebro puede ser mortal y que una intervención en caso semejante no hubiera tenido probabilidades de éxito. A propósito de estas heridas craneales, añadiré que en general soy partidario de una intervención precoz con objeto de desinfectar lo mejor posible las partes lesionadas accesibles. Creo, sin embargo, que es necesario ser bastante sobrio en la intervención para no exponerse á aumentar las lesiones.

Tres casos de amputación de Gritti.—El Dr. Lejars: El Dr. Tierkusky nos ha enviado la observación de tres heridos en los que hubo de practicar la amputación de Gritti. El primero de estos enfermos había tenido un magullamiento del pié y de la parte inferior de la pierna; la amputación de ésta fué seguida de la gangrena del colgajo y necesitó más tarde la amputación de Gritti que fué seguida de rápida curación; la radiografía ha demostrado más tarde, que los huesos estaban bien soldados. En el segundo caso se trató de una fractura del tercio superior de la pierna, la cual se ensayó de conservar practicando en dos épocas distintas otras operaciones; sobrevino un voluminoso absceso poplíteo: se recurrió á la amputación de Gritti, y el enfermo curó. Lo mismo ha sucedido en el tercer caso, en el que había un arrancamiento casi completo de la pierna en su tercio superior. La amputación de Gritti rara vez se practica en Francia. A pesar de sus ventajas, debe ser considerada como una operación de excepción. De todos modos tiene dos inconvenientes: algunas veces no permite al amputado apoyarse sobre su muñón, y en otras la rótula no queda soldada por completo al fragmento del cóndilo. Hechas estas reservas, en ciertos casos debe ser preferible á la desarticulación de la rodilla.

El Dr. Poirier: He tenido ocasión, hace dieciocho años, de practicar una vez la operación de Gritti y obtuve muy buen resultado; pero en lugar de servirme de un hilo para fijar la rótula, hice la enucleación de este hueso. Las indicaciones de esta amputación no son las mismas que las de la desarticulación de la rodilla y hay que tener en cuenta que la atrofia muscular secundaria no es igual en ambos casos.

El Dr. Delbet: Está demostrado que los colgajos periósticos son muy vasculares y contraen muy sólidas adherencias con los huesos. Este dato no debe olvidarse y se ha de utilizar para el colgajo tibial. Yo he practicado cuatro veces la amputación de Gritti con buen resultado, y en uno de estos operados que hubo de sufrir más tarde una amputación del muslo, me pude asegurar de la adherencia completa del colgajo con la tibia.

El Dr. Berger: No creo que se deba ser muy optimista respecto de la amputación de la rodilla. Al principio me dió excelentes resultados, pero más tarde he tenido algunas contrariedades observando ulceraciones tardías

del muñón, y en un hombre me ha sido preciso practicar una amputación del muslo.

El Dr. Tuffier: Sólo he practicado una amputación de Gritti y el resultado ha sido bueno. Sin embargo, para juzgar del valor de esta operación, es necesario tener en cuenta dos factores: el de la piel y el de los efectos de la prótesis.

El Dr. Bazy: Conozco un enfermo que ha sufrido la desarticulación de la rodilla y que marcha muy bien sobre su muñón.

El Dr. Peyrot: Esto es lo que yo también he observado en dos desarticulaciones, y en estos casos creo que un amplio soporte óseo es preferible al muñón de la amputación de Gritti.

El Dr. Kirmisson: Me asocio por completo á los reparos presentados por los Dres. Bazy y Peyrot.—Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 13 *de Noviembre de* 1900 (1).

Resultados ulteriores en 40 casos consecutivos de histerectomía vaginal practicada por cáncer del útero.—El Dr. A. H. N. Lewers, dijo que había practicado la histerectomía vaginal en 40 casos de cáncer del útero. Los 40 casos pueden dividirse en los grupos siguientes: En 12 casos no hubo recidiva. En 18 la hubo y de estas enfermas murieron 4. En 2 no se demostró la naturaleza de la enfermedad por el examen histológico. En 3 se carece de datos seguros respecto á si hubo ó no recidiva. En 1 la enfermedad resultó ser ulceración tuberculosa primitiva del cuello y no cáncer. Once enfermas (el 27'7 por 100) se encontraban perfectamente de dos á siete años después de la operación. Cree el autor que estos resultados felices fueron debidos á la elección cuidadosa de los casos. Acostumbra á reconocer á las enfermas anestesiadas y sólo opera cuando la enfermedad está limitada al útero.

Saca de sus observaciones las conclusiones siguientes:

1.ª Que cierta proporción de enfermas de cáncer del útero pueden curar por la operación durante varios años; en ciertos casos la curación persiste siete años y más, lo que hace suponer que sea permanente; 2.ª, que la proporción de casos en que este resultado puede esperarse, es pequeña cuando se ve á las enfermas en un período avanzado; 3.ª, que el desideratum es el diagnóstico precoz. Para hacer el diagnóstico debe concederse la importancia necesaria á la hemorragia después de la menopausia en la edad adulta en el intervalo de los períodos. Es necesario también tener en cuenta, que las enfermas que padecen cáncer del útero pueden encontrarse, durante un período largo, relativamente bien; se hallan bien nutridas, á veces gruesas, y su aspecto demuestra una salud completa.

El Dr. H. Briggs manifestó que había practicado la histerectomía vaginal 83 veces. De 57 enfermas de epitelioma, 10 viven; des estas 10, 5 padecían

(1) Primera del curso académico actual.

cáncer del cuerpo; en 5 de los 47 casos de cáncer del cuello, no ha habido recidiva. La falta de observación de los flujos que ocurren durante la menopausia, es responsable del retraso con que se opera. La recidiva es al parecer más frecuente en el epitelioma de células escamosas que en el adenoma maligno.

El Dr. A. Routh dijo que había practicado 40 histerectomías vaginales en 14 casos de cáncer del cuerpo y 26 del cuello. De estas 40 enfermas perdió 3, de las que 2 murieron repentinamente. La recidiva en los casos de cáncer del cuerpo es más tardía que en las del cuello. Jamás ha empleado las pinzas en la operación, pudiendo emplear ligaduras. No opera si la vejiga ó los ligamentos anchos están interesados. Deja aplicado el tapón de gasa durante siete á diez días.

El Dr. Bowreman Jessett indicó haber practicado la histerectomía vaginal 150 veces. Una buena proporción de sus enfermas han curado desde el punto de vista práctico, porque no ha habido recidiva en cinco á nueve años. El diagnóstico precoz del cáncer del útero es importantísimo. La operación no es peligrosa, porque su mortalidad no excede de 5 por 100. Es en ciertos casos dificilísima, principalmente cuando hay adherencias extensas. Las pinzas son peligrosas, porque pueden formar una fístula recto-vaginal ó desgarrar la vejiga. Cree que los fibroides pueden experimentar la degeneración maligna, y estos casos son los más favorables. El carcinoma del cáncer del útero no es fácil de diagnosticar en su principio, y sólo puede hacerse con seguridad reconociendo con el microscopio los tejidos arrancados con la cucharilla. Uno de los síntomas primeros es una hemorragia ligera después del coito. Los ligamentos sacro-ilíacos se afectan en muy pocos casos. El tratamiento del peritoneo es importantísimo. Acostumbra á dejar que cuelguen en la vagina los colgajos peritoneales.

El Dr. C. Ryall comparó la frecuencia de la recidiva del cáncer del cuello y la del fondo. En el primero es posible que la herida se infecte al operar. Usa el cauterio actual. Cree que el alivio durante seis meses justifica la operación paliativa.

El Dr. W. Tate dijo que había practicado la operación más de setenta veces. Cree que no debe limitarse á los casos en que la enfermedad está localizada exclusivamente en el útero, sino que conviene operar también cuando hay engrosamiento ligero de los ligamentos anchos, siempre que sea fácil extraer el útero. De sus 70 enfermas murieron 4.

El Dr. Champneys dijo que el cáncer es siempre una enfermedad engañosa, pero que los casos del Dr. Lewers prueban que no debe abandonarse la operación. El reconocimiento rectal es utilísimo para el diagnóstico. Usa las pinzas aplicándolas en sentido diagonal. Si la enfermedad no está limitada al útero, cree que no debe operarse. Los fibroides no experimentan á menudo la degeneración maligna, pero coexisten muchas veces con el cáncer.

El Dr. H. Spencer manifestó que la infección de la herida le hace preferir la amputación elevada del cuello por el galvano-cauterio. Esta operación es satisfactoria desde el punto de vista práctico. Los operadores extranjeros que dividen el útero, observan á menudo casos de recidiva; cree, por lo tanto, que en los casos de cáncer es preferible el cauterio, por oponerse á la implantación de la enfermedad en las superficies cruentas.

El Dr. Lewers dijo que el cáncer del cuerpo se observa más á menudo en un período precoz que el del cuello. En los primeros períodos de ambos no suele haber síntomas. Prefiere usar las ligaduras, pero es difícil aplicarlas de modo que prevengan la hemorragia. El tapón de gasa lo deja aplicado cuatro días. Si el útero es tan voluminoso que no puede extraerse por la vagina, la histerectomía vaginal no está indicada y es preferible la abdominal. No cree que los fibroides experimenten la degeneración maligna.

F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 7 de Noviembre de 1900 (1).

Un caso anómalo de gestación ectópica, probablemente ovárica.—El Dr. E. O. Croft, leyó un trabajo sobre este asunto. La historia y los signos físicos permitieron diagnosticar el embarazo extrauterino y el saco y su contenido se extrajeron por la laparotomía. Hubo hemorragia abundante por rotura durante la operación, y aunque se contuvo al punto por la ligadura, la enferma no se reaccionó y murió á los pocos días. La autopsia reveló la existencia de una peritonitis. El saco, antes de la rotura, contenía el huevo completo, feto de unos cuatro meses, con placenta, membranas y líquido amniótico. No había sangre ni coágulos en el saco. Sus relaciones eran las de un tumor ovárico, con pedículo corto. La superficie del quiste contenía folículos (¿de Graaf?), y su tejido era idéntico al del ovario. La trompa de Falopio no estaba lesionada y tenía abierto y libre su pabellón. El útero se encontraba intacto y los apéndices del lado opuesto eran normales. Esto hace suponer que se trataba de una gestación ovárica.

Gestación ectópica repetida.—El Dr. A. H. N. Lewers narró el caso siguiente: La enferma, de veintinueve años, tuvo dos embarazos ectópicos, el primero en 1894. La laparotomía se practicó en marzo de aquel año, y se extirpó la trompa de Falopio izquierda, que contenía una mola tubaria. En mayo de 1900—es decir, poco más de seis años después—la enferma tuvo un nuevo embarazo ectópico, y la laparotomía volvió á practicarse. Se extirparon la trompa derecha, el ovario correspondiente y una mola tubaria. El orificio de la trompa estaba muy dilatada y la mola había penetrado ya en la cavidad peritoneal. La enferma curó.

El Dr. Peter Horrocks cree que el ejemplar presentado por el Dr. Croft debe ser examinado por una comisión. Respecto al caso del Dr. Lewer, ha observado uno ó dos ejemplos parecidos.

El Dr. Bland-Sutton, dijo que era escéptico en lo referente á la gestación ovárica.

El Dr. Alba Doran se manifestó estar conforme con el Dr. Sutton en lo referente al embarazo ovárico.

El Dr. Croft refirió un caso observado por un colega. La enferma fué ope-

(1) Primera del curso académico actual.

rada á causa de una hemorragia abdominal, que se creyó era debida á la rotura de una gestación tubaria. Abierto el abdomen y limpio de sangre, se encontraron las trompas intactas, y se vió que la hemorragia procedía de una pequeña cavidad rota, situada en un ovario de tamaño normal. La cavidad tenía la estructura de un cuerpo lúteo, y contenía un huevecillo, en el que el microscopio descubrió vellosidades del corion. Este caso corrobora el que queda expuesto.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 7 de Noviembre de 1900.

Tratamiento de la infección séptica procedente del útero (*Tema presentado por el Dr. Abel*).—El Dr. Schaeffer : Para la dilatación del cuello, es mejor la laminaria que la gasa iodofórmica. El tallo de laminaria, se introduce en ácido fénico puro durante seis ú ocho días, y después se conserva guardado en alcohol. Como es más liso que la gasa, se introduce mejor : además, dilata el cuello en seis ú ocho horas, y en cambio la gasa suele necesitar de veinticuatro á cuarenta y ocho, y es causa á menudo de lesiones y de infección.

También yo creo que los lavados con lisol tienen pocas ventajas como desinfectantes, y que lo mismo serviría el agua esterilizada. El efecto de estos lavados es puramente mecánico, y consiste en arrastrar el moco y los coágulos sanguíneos. El método de Carossa, es muy molesto : yo prefiero el de Ahlfeld, que consiste en hacer pasar por el útero de uno á dos litros de alcohol al 50 por 100. Respecto á la vaporización, ha demostrado Flatau que no impide el desarrollo de los cultivos de bacilo piociánico, aplicados al útero.

Los ensayos de Prochownik no me parecen suficientes para justificar las ventajas de la extirpación del útero. Yo he visto dos casos mortales de septicemia, á pesar de que la sangre no contenía microbios. De cinco casos de septicemia puerperal, en que se practicó la extirpación total, sólo se salvaron dos, y aun en éstos, continuó persistiendo la fiebre durante varias semanas. Además, si los casos terminan mal, cabe la duda de si se habrá operado demasiado tarde, y si terminan bien, cabe también dudar de si no se habrían salvado sin necesidad de operación. A pesar de todo, me inclino á favor de ella, por la misma razón que se amputa un miembro afectado para salvar á todo el organismo, puesto que el útero puerperal es sin duda foco y punto de partida de la septicemia. Además de esto no es intervención peligrosa, y las enfermas se resignan mejor á perder el útero, que á perder una extremidad.

Wachsmut emplea la envoltura de todo el cuerpo en una sábana mojada en agua fría ; con intervalos de media hora, repite este procedimiento tres veces, dejando colocada la sábana á la cuarta vez, de tres á cuatro horas. El sudor abundante que se presenta, demuestra la eficacia del procedimiento ; el pulso y la temperatura disminuyen, al menos por poco tiempo ; el apeti-

to y el estado general mejoran poco á poco, y en muchos casos he obtenido con este método un feliz resultado.

El Dr. Gottschalk: También desde el punto de vista práctico se deben distinguir los casos pútridos de los puramente sépticos. En los primeros, en que sólo hay micro-organismos en el útero, lo que procede es eliminar el terreno en que se nutren, y, por lo tanto, extraer *con el dedo* los restos placentarios que acaso existan: tampoco soy partidario del raspado á ciegas.

Si no hay tales restos, sino tan sólo la caduca, con simples lavados con una disolución de sosa al 1 por 100, y hervida previamente, se consigue la curación en la mayor parte de los abortos sépticos, en que sólo se trata de procesos pútridos en el útero. En estos casos, tampoco es precisa la dilatación, que más bien resulta nociva, porque aumenta la hiperemia que acompaña al proceso flojístico.

Los lavados intrauterinos no son peligosos, si no se emplea una presión demasiado alta, y si se cuida de que salga bien el líquido, de que no entre aire (y, por lo tanto, nada de decúbito lateral), y de que la corriente sea débil para que no pueda pasar á la cavidad peritoneal. La única ventaja de los lavados en las formas graves de septicemia, consiste en que arrastran mecánicamente algunos de los gérmenes que están adheridos al tejido necrosado, con lo cual disminuye la gravedad del curso ulterior, y si los lavados se han iniciado á tiempo, también disminuye la virulencia de los gérmenes que quedan. El pronóstico depende de este factor y de la resistencia del organismo. He de recordar el caso que presenté hace algún tiempo de gangrena puerperal del útero, que había sido producida por estreptococos, y que se curó lavando la cavidad del órgano con un litro de alcohol al 60 por 100. Si se consigue como en este caso producir, por virtud de la reacción inflamatoria, una valla de granulación en el límite de la zona infectada, ya se ha adelantado mucho para la curación.

Respecto á la extirpación del útero, sólo tiene razón de ser cuando la infección se limita al foco primitivo: el resultado positivo del análisis de la sangre á que se refiere Prochownik, no puede considerarse como argumento á favor de dicha operación, la cual no debe inspirarnos confianza alguna cuando la septicemia tenga cierta fecha, y esto con tanto más motivo, cuanto que toda nueva herida tiene importancia y no se puede asegurar el resultado que habrá de obtenerse con la intervención mencionada. En efecto, nunca se sabe si el caso no se curaría también sin operación, y si hay una desgarradura del cuello y está abierto el parametrio, no tiene razón de ser la extirpación del útero, dejando infectado dicho parametrio.

Lo que tiene mucha importancia es el tratamiento tónico dietético, sobre todo con el alcohol, y las inyecciones de agua salada al 1 por 100; en cambio no he visto ningún resultado con el oxígeno. Como medicamentos convienen el salicilato sódico y la quinina á grandes dosis. En la piohemia no convienen los baños fríos, porque la traslación de la enferma puede dar origen á la destrucción y arrastre de los trombos.

El Dr. Brose: He de recordar que ya Schimelbusch y Reichel han demostrado hace tiempo que la desinfección absoluta es imposible de obtener, aunque se practique inmediatamente después de impurificada la superficie

respectiva. La estadística de Menge y Groenig ha demostrado que los días de enfermedad son por término medio los mismos en las puérperas en que se emplea el tratamiento local, que en aquellas en que no se usa este método; se sabe también que la endometritis de estreptococos está muy bien estudiada y que es la más frecuente; no es de los males de peor pronóstico. De 76 casos, sólo en 9 se generalizó la enfermedad por continuidad ó por metastasis, muriendo 6 enfermas. De 296 casos de puerperio febril, de otra estadística, enfermaron 56 de endometritis estreptocócica, 4 de infección general demostrable, con 2 muertes. La mayoría de los casos de endometritis estreptocócica, cura espontáneamente y, por lo tanto, es difícil averiguar en estas circunstancias la utilidad que pueda tener cualquier medio terapéutico. Lo que importa mucho es que salgan bien las secreciones, porque la estancación de éstas es la causa principal de la infección; para ello basta lavar una vez el útero con una disolución esterilizada de sal común; el resto del proceso curativo queda á cargo de la fuerza medicatriz.

La extirpación total del útero, la rechazo por los mismos motivos que Gottschalk.

El Dr. Abel: Debo insistir en el valor debilitante de la vaporización. No he hablado del tratamiento general porque es conocido de todo el mundo.

Tratamiento tiroideo de la idiotez mixoedematosa. — El Dr. H. Neumann: Aquí presento tres niños con mixoedema congénito, en los que el uso de la glándula tiroides ha dado sorprendentes resultados. Además de la disminución del mixoedema, aumenta el peso del cuerpo y se estimula el crecimiento del esqueleto. Sin embargo, hasta ahora no se ha observado una relación determinada en estos procesos, con tanto menos motivo, cuanto que los casos de cretinismo esporádico varían mucho entre sí. La esperanza de que con el tratamiento tiroideo, el cretino había de adquirir la talla correspondiente á sus años, no se ha realizado en los cretinos de cierta edad. Además de esto, los casos de este género que hasta ahora se han publicado, son en muy corto número, y es tan poco lo que se sabe sobre el curso ulterior del mixoedema, que no siempre se puede precisar en cuántos casos siguió creciendo el sujeto.

Cuando los niños son mayorcitos, es tan débil ya la excitación que produce la glándula tiroides, que en pasando de cierto punto, ya no se produce con ella ningún efecto; en cambio, en el sujeto sano produce el reblandecimiento de los huesos, y de este modo perjudica la talla; de aquí el interés que despierta el tratamiento del mixoedema, porque va acompañado de osificación en todo el esqueleto; la ley que respecto á este punto ha enunciado Wiss, la pude confirmar en lo esencial, según se ve en los radiogramas que aquí presento. El brote de los dientes se efectúa con arreglo á la misma ley. Con grandes dosis de glándula tiroides, sólo se puede conseguir que el sujeto tenga el número de dientes que corresponde á su edad. También el desarrollo psíquico hace grandes progresos con el empleo de la glándula tiroides; pero los éxitos son tanto más incompletos, cuantó más edad tenga el niño, y, por lo tanto, en este caso, como en el de toda afección mental, lo que más importa es el diagnóstico precoz. La confusión más frecuente es con el raquitismo. Yo creo que los casos de cretenismo esporádico, no son en Berlín tan raros como se supone.

El Dr. M. Cohn: El niño de quince meses que aquí presento, nació de todo tiempo, robusto y con la cabeza grande. Se crió al pecho ocho meses, y cuando me lo presentaron tenía un año, y ya había sido tratado sin éxito por siete médicos; los padres son primos hermanos. Entre los tratamientos empleados, figura el mercurial.

El primer síntoma que llamó la atención, fué el estreñimiento tenaz que persiste desde la séptima semana, y que sólo fué sustituído por una defecación normal, cuando en el sexto mes se presentaron convulsiones que repitieron cada catorce días, y hasta diariamente. El niño quedó detenido en su desarrollo corporal y psíquico. A principios de agosto, comprobé que había idiotez, cara aplastada, hundimiento del dorso de la nariz y propulsión de la lengua; los ojos estaban cerrados. El niño, que tenía un año, pesaba 11 libras y cuarto, tenía 62 centímetros de talla, 47 de circunferencia cefálica; las fontanelas estaban muy abiertas, los huesos del cráneo muy sólidos, no había nada de raquitismo ni había salido ningún diente. Las extremidades estaban tan frías, que aun en el rigor del verano había que calentar el niño con piedras calientes. El desarrollo psíquico era el correspondiente á la primera semana; el niño no se fijaba en nada, sólo reaccionaba á los ruidos violentos, era indiferente á todo, quedaba inmóvil en donde se le echaba, su voz era ronca, no podía sostener la cabeza, y al beber, la mayor parte de líquido, volvía á salir por la boca.

A mediados de agosto, comencé á darle diariamente media pastilla inglesa de cuerpo tiroides que representa 6 centígramos de substancia tiróidea; después le dí una diaria, de manera que en total vino á tomar 41 pastillas. El efecto fué inmediato: se regularizaron las funciones ventrales, no reaparecieron las convulsiones, mejoró el hábito exterior, volvió el niño á abrir los ojos, desapareció la propulsión de la lengua y la criatura se puso más alegre, se agarraba á los objetos próximos, jugaba con sus extremidades é ingería mucho mejor los alimentos. En cambio continúa sudando abundantemente. A los catorce días del tratamiento, se cayó en gran cantidad el pelo. El peso es actualmente de doce libras y media y la talla de 64 centímetros.—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesiones de los días 19 *y* 26 *de Octubre de* 1900 (1).

Mieloplaxos en la sangre periférica.—El Dr. Emilio Schwarz: Aquí presento preparaciones procedentes de un caso en el que se encontraron mieloplaxos en la sangre periférica y en los capilares de los órganos parenquimatosos. La enferma, de la que provienen estas preparaciones, no presentó durante la vida otro síntoma que un infarto esplénico, no habiéndose podido encontrar ninguna tumefacción ganglionar.

Las alteraciones que se encontraron en la sangre en febrero de 1899, eran

(1) Primeras del curso académico actual.

de carácter dudoso; en cambio, las que se hallaron en mayo del mismo año, eran indudablemente de carácter leucémico, puesto que el líquido sanguíneo contenía un gran número de células medulares y glóbulos rojos nucleados. En octubre de 1899 desapareció esta leucocitosis, y también se modificó la cualidad de las células, puesto que ya no se encontraron en la sangre ni células medulares, ni eritroblastos. Sin embargo, lo que más ha llamado la atención en este caso, son las preparaciones que se obtuvieron con la sangre en el período álgido de la enfermedad. En efecto, en la sangre extraída de las yemas de los dedos, se hallaron enormes masas de cromatina, de una longitud triple ó cuádruple y de un ancho doble que el de los mayores mielocitos; además, la zona marginal protoplasmática, estaba tan poco marcada que estas células más bien parecían núcleos libres. Estos núcleos gigantescos eran muy escasos en número: sólo en muy pocas preparaciones se consiguió encontrarlos.

Parece natural relacionar estos núcleos con las células gigantescas de la médula ósea, conocidas con el nombre de mieloplaxos. En efecto, este es el único punto donde se desarrollan masas de cromatina tan enormes. La prueba de la exactitud de esta hipótesis, nos la suministra el examen microscópico de los órganos, puesto que se han encontrado los mismos elementos en el bazo, riñón é hígado.

Supuración complicada del oído medio.—El Dr. Hammerschlag: Aquí presento un caso de supuración crónica del oído medio derecho, complicada con caries del temporal, colesteatoma, absceso extra-dural, lepto-meningitis circunscrita y absceso del lóbulo temporal.

Después de poner al descubierto las cavidades del oído medio, se descubrió y dividió la dura madre y se exploró el lóbulo temporal, obteniéndose la curación.

En el curso del mal ha habido dos hechos en que conviene insistir: Así como antes de la operación, el examen del aparato ocular no había revelado ninguna anomalía, el que se practicó tres días después de haber abierto el absceso cerebral, hizo ver que estaban algo tortuosas las venas del ojo derecho, y que á los veinte días de la operación aparecían más tortuosas y muy llenas de sangre.

Aparecieron, además, fenómenos que vinieron á interrumpir el curso hasta entonces normal del proceso curativo, y que sólo se explican por el histerismo muy pronunciado que padecía esta enferma. A los diecinueve días de la operación, se presentaron vértigos y vómitos que duraron unos ocho días y que desaparecieron sin ningún tratamiento y sin dejar la menor secuela A los veintiún días de la operación sobrevino retención de orina, la cual exigió el empleo de la sonda una sola vez, puesto que fué lo suficiente para que no volviera á presentarse dicho síntoma. Cuando ya habían pasado cuatro semanas después de la operación y la herida estaba curada casi por completo, los músculos inervados por el nervio facial del lado sano, presentaron una contracción tónica que había sido precedida de ligeras contracciones clónicas. Este último fenómeno patológico fué el que hizo sospechar la naturaleza histérica de todos los demás, y buscar los estigmas del histerismo que descubrió, en efecto, la exploración neurológica.

El espasmo del facial desapareció por completo y espontáneamente. En

la actualidad, ó sea cuatro meses después de la operación, la enferma se ha restablecido por completo y también se ha dominado en absoluto la antigua supuración del oído medio, gracias á la intervención quirúrgica, practicada de tal suerte que tanto la cavidad cruenta como la fístula retro-auricular que ha persistido, aparecen cubiertas por un tejido de cicatriz sano y resistente.

Acción de los rayos X sobre la piel. — El Dr. Roberto Kienböck: Los resultados que los rayos X producen cuando se hacen actuar sobre la piel, son los siguientes: un tubo obra sobre la pantalla fluorescente, sobre la placa fotográfica y sobre la piel del individuo vivo, con tanta más intensidad cuanto mayor número de rayos X caen sobre dichos objetos y cuanto menos penetrantes son tales rayos. Los únicos tubos que obran de un modo enérgico, son los que se hallan en un estado adecuado de enrarecimiento, y que, por lo tanto, al dirigir sus rayos á través de una parte del cuerpo, dan una imagen cuyo contraste es suficientemente pronunciado. Los tubos en que el enrarecimiento se ha llevado á tal extremo, que ponen una resistencia demasiado considerable al paso de la corriente que procede de un inductor común, obligan por lo mismo á dicha corriente á circular por la periferia del tubo; y si bien de este modo es verdad que pasa mucho fluído eléctrico á las partes que rodean el tubo, en cambio es muy poca la cantidad que se produce de rayos X. A mi juicio, los tubos que se encuentran en este caso son casi inútiles para fines diagnósticos y terapéuticos.

Cuando se trata de utilizar los rayos X para el tratamiento de las afecciones de la piel, el método que en mi opinión da mejores resultados es aquel que consiste en adoptar el principio de series pequeñas de sesiones de gran eficacia cada una, esperando siempre hasta que se presente la reacción; así, verbigracia, con dos á seis sesiones de cinco á quince minutos cada una y varios días sucesivos, se consigue depilar la piel sana sin necesidad de provocar violentos fenómenos de irritación. La dosis de rayos X que es necesaria para conseguir tal objeto, se puede precisar con la exactitud suficiente, una vez que nos hayamos familiarizado con el método y que dominemos su técnica, debiendo advertir que nunca he observado idiosincrasias que se opusieran al uso de este procedimiento.

Osteoplastia.—El Dr. Budinger: Aquí presento la bóveda craneana de un niño, en la que cuatro años antes de su muerte ingerté un disco procedente del calcáneo de una anciana para curar la pérdida de substancia que había quedado después de una paquimeningitis tuberculosa.

Esclerosis inicial sifilítica en el párpado inferior derecho.— El Dr. Ehrmann: Aquí presento un enfermo en el que, como sucede á menudo en los casos de este género, se descubrió por casualidad su lesión sifilítica, puesto que el interesado se había sometido á mi tratamiento para curarse de la sarna que tenía. Con motivo de este caso, he de llamar la atención acerca del abandono en que suelen tener su afección sifilítica los enfermos en que ésta se inicia con una esclerosis extragenital. La mayoría de estos sujetos, no solicitan tratamiento alguno porque no saben la enfermedad que padecen ni comprenden su alcance y transcendencia.

Esclerosis inicial sifilítica del tabique de la nariz. — El Dr. Ehrmann: La figura que aquí presento se refiere á un caso en que la lesión primitiva tam-

poco se descubrió hasta que la aparición de las pápulas húmedas indujo á practicar un detenido reconocimiento del sujeto respectivo.

Con este motivo, he de recordar la disposición que he adoptado en mi consulta y que juzgo debe generalizarse. A todo enfermo sifilítico se le ilustra acerca de la naturaleza de su enfermedad y se le invita á que se vuelva á presentar cada tres meses, después del primer tratamiento. Cuando lo creo necesario, apelo á la intervención de las Sociedades de socorro del distrito. De esta manera he conseguido que durante varios años se me vuelva á presentar el 40 por 100 de estos casos; con esto, se los sigue tratando y se evita la difusión ulterior de la enfermedad.

El Dr. Mracek: He de llamar la atención acerca de la importancia y de la gran frecuencia de la llamada «sífilis ignota».

El Dr. Neumann: En diez años he visto en mi Clínica 108 casos de esclerosis extragenital, y desde el año 1890 para acá, todavía ha sido mayor el número de estos casos, tanto en la práctica particular como en la hospitalaria. Dichas esclerosis se pueden presentar en cualquier punto del cuerpo; en ocasiones, su localización insólita y su aspecto diferente de lo ordinario, son causa de dificultades no pequeñas para establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo cuando radican en la mucosa bucal, en los pilares del paladar ó en las amígdalas, donde por su tamaño, dureza, crecimiento rápido y coincidencia con infartos ganglionares, pueden simular tumores malignos.

El curso ulterior de la sífilis es idéntico al que sigue ésta cuando ha sido adquirida por la vía genital; sólo cuando la lesión primitiva permanece ignorada y no tratada es cuando la sífilis extragenital puede adquirir mayor gravedad. Así sucede, sobre todo, con la llamada sífilis endémica, que se observa principalmente en ciertos distritos de Rusia.

El Dr. Spiegler: La difusión de la sífilis en Rusia es tan frecuente por contagio extragenital, que puede considerarse en la población rural como el medio ordinario de adquirir dicha enfermedad, de tal manera, que la sífilis extragenital viene á representar el 90 por 100 de todos los casos de sífilis; aun en la misma población urbana figura este modo de contagio en la proporción de un 2 por 100.

Lupus vulgar, hipertricosis, favus y sicosis.—El Dr. E. Schiff: Aquí presento algunos casos de lupus vulgar, hipertricosis, favus y sicosis, que hemos tratado el Dr. Fréund y yo por medio de los rayos X. En todos estos casos ya se ha interrumpido el tratamiento desde hace cinco meses como mínimum á dieciocho como máximum, sin que en ninguno de ellos se haya presentado hasta ahora ninguna recidiva. De todos los casos presentados, el más notable es el de lupus, puesto que en los labios superior é inferior, y en la mucosa bucal, había vegetaciones tan exuberantes que el Dr. Lang creía imposible la intervención quirúrgica. Ahora bien, el resultado obtenido con el tratamiento no puede ser más satisfactorio, tanto en el concepto terapéutico como en el estético.

El Dr. Neumann: La radioterapia presta indudables servicios en algunos casos de lupus, pero no en los de lupus eritematoso. En cambio es muy útil en los de lupus tumidus y exfoliativo de la cara, y en los de tiña. Conviene saber, sin embargo, que si el método es empleado por manos poco expertas, se producen úlceras que curan difícilmente.

El Dr. K. Ullmann: Debo decir que en el primer caso que presentó el Dr. Schiff es esta la cuarta ó quinta vez que se ha practicado la depilación, y que, por lo tanto, hay motivo para dudar si el resultado será definitivo.

Acción del opio y de la morfina sobre el tubo intestinal. — El Dr. Pal: La discordancia de opiniones que hoy se observa acerca de los efectos del opio y de la morfina me han inducido á apelar al método gráfico. Si en el intestino delgado de un perro se introduce un globo registrador, se observa que después de una inyección intravenosa de opio ó de morfina aumenta el movimiento pendular á la vez que se contrae el intestino. La primitiva y más enérgica contracción se va convirtiendo poco á poco en posición media, y á todo esto continúan los movimientos pendulares todo el tiempo que la presión sanguínea favorece su producción. Las investigaciones que he practicado en intestinos aislados de su ramo nervioso, me han demostrado que estos efectos pueden ser producidos por una acción excitante sobre los aparatos ganglionares de la pared del intestino, y que, por lo tanto, son de naturaleza periférica. En la excitación se interesan en un grado igual las fibras musculares circulares y las longitudinales. Trátase, por lo tanto, de una posición media activa, no pasiva.

Para determinar la causa del estreñimiento, estudié el estado en que se encuentran el intestino grueso y el recto, bajo la acción de la morfina y del opio, después de haberme convencido de que estos preparados producen en el hombre un estado de contracción en el extremo del intestino; mis investigaciones me han enseñado que el opio y la morfina producen una contracción enérgica en este segmento intestinal en el perro, contracción que va seguida de vivos movimientos pendulares. También en este caso se llega á producir al fin una posición media; pero la acción en sí misma es también periférica en este segmento del intestino. Respecto á la naturaleza de esta acción, resulta de mis estudios que debe considerarse en el grupo de las llamadas acciones á distancia; pero no consiste tan sólo en los fenómenos motores descritos, sino también en perturbaciones vaso-motoras, que se revelan por una dilatación de los vasos de la pared del intestino.

Dedúcese de lo dicho, que la disminución del movimiento peristáltico se explicaría por la posición de contracción; lo más importante, en tal concepto, es la posición del extremo del intestino, que dificulta la aparición del deseo de defecar. Hay que abandonar, por lo tanto, la hipótesis de que el opio paraliza la pared intestinal. Además de esto, la acción anodina del opio no se explica por un adormecimiento de los nervios, y sí por una influencia reguladora del mismo sobre la pared del intestino.

El Dr. S. Federn: Las ideas que acaba de exponer el preopinante se armonizan por completo con las observaciones clínicas. Lo único que desearía saber es si la acción que el Dr. Pal atribuye al opio podría explicar los efectos de éste en los casos de cólico saturnino.

El Dr. Pal: De lo que he dicho acerca del espasmo intestinal, se infiere que también este caso se explica de un modo satisfactorio. Mis investigaciones explican, además, otros muchos fenómenos que se observan en el intestino cuando los enfermos se hallan bajo la influencia del opio. Recordaré, como ejemplo, los signos que se presentan con el empleo del opio en los casos de tiflitis.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Percusión de los límites espleno-pulmonares. — El Dr. Buttersack dice que ninguno de los métodos que se aconsejan para reconocer los límites del bazo tienen en cuenta las variaciones de sitio que experimenta éste en las distintas fases respiratorias. Debe hacerse que el paciente haga una inspiración profunda para percutir en este momento. El diafragma desciende entonces mucho, los espacios complementarios se llenan de aire y de este modo se marca perfectamente la línea que separa el pulmón del bazo.

Lo mismo sucede en la posición de expiración extrema; el bazo, siguiendo al diafragma en su ascenso, sube hasta llegar al borde del pulmón, lleno todavía de aire, es aplicado quizá con más fuerza contra la pared á causa de la presión que existe en la cavidad del vientre, y de esta manera sus límites se pueden precisar por medio de la percusión con la mayor exactitud posible.

En ambas posiciones se distinguen perfectamente el sonido claro del pulmón y el macizo del bazo. El verdadero tamaño del órgano se aprecia mejor en la expiración que en la inspiración. En esta última parece que el bazo gira alrededor de su eje vertical, de tal manera que una parte de su superficie se aplica al diafragma, que se halla entonces más horizontal, y se separa, por lo tanto, de la pared del tronco.

Si se percute, cómo es costumbre, mientras el enfermo respira de un modo superficial, los espacios complementarios sólo se llenan á medias, la transición entre el pulmón y el bazo es muy gradual, y por lo mismo aparece muy borroso el límite que separa ambos órganos.

Conviene percutir con mucha suavidad, á no ser que el panículo adiposo ó la capa muscular sean muy gruesos. La percusión enérgica tiene, entre otros inconvenientes, el de que puede ejercer una influencia desfavorable sobre los procesos morbosos que se desarrollan en los órganos internos.

(*Zeitschr. f. klin. Méd.*) — R. del Valle.

Tratamiento de la inercia uterina por el azúcar. — El Dr. M. Madlener ha empleado muchas veces el azúcar para combatir el cansancio muscular después del ejercicio prolongado. Fundándose en sus observaciones y á ejemplo de Tossi y Payer, ha ensayado esta substancia en 6 casos de inercia uterina primitiva ó secundaria. Cinco veces observó que á los treinta ó sesenta minutos de administrar 30 gramos de azúcar en un cuarto de litro de agua, se reanimaron los dolores y el parto terminó espontáneamente. Esta dosis puede repetirse y se llegaron á administrar 150 gramos de azúcar sin provocar vómitos ni observar contratiempo alguno. Si el agua azucarada provoca náuseas, puede sustituirse con la infusión de té ó aromatizarse con ron.

(*Münsch. med. Wochenschr*).—F. Toledo.

Vacuna generalizada.—El Dr. Gustavo Paul, director del Instituto de Vacunación de Viena, opina que la denominación de vacuna generalizada se debe reservar á las erupciones vesiculosas que se desarrollan inmediatamente después de una vacunación con éxito en sujetos de piel completamente sana,

que tengan todas las propiedades características de vesículas de vacuna típicas, y cuyo carácter específico se determine además con todo rigor por la inoculación de su contenido al hombre ó á un animal susceptible de contraer la vacuna.

Como quiera que esta última prueba no se ha aducido hasta ahora en ningún caso, cabe la duda de si se habrá observado en realidad la verdadera vacuna generalizada. Las erupciones pustulosas que la mayoría de los autores citan como casos de generalización de la vacuna, y que no es raro se presenten en extensión mayor ó menor después de la vacunación en individuos que padecían de alguna dermatosis (lo más á menudo el prúrigo ó el eczema), no deben atribuirse, según el autor, á una infección vacuna de la sangre, sino á la transmisión casual de la vacuna á partes de la piel desprovistas de epidermis. Por lo tanto, la aparición de estas erupciones se puede evitar casi con seguridad si se adoptan las disposiciones convenientes.

Estas erupciones, producidas por inoculación externa, pueden hacerse peligrosas si adquieren mucha extensión, por lo cual no se debe vacunar á los niños que padezcan dermatosis y especialmente eczema, á no ser que reine una epidemia de viruelas, en cuyo caso, para evitar la inoculación cutánea, se colocará un vendaje oclusivo sobre la parte vacunada.

(*Arch. f. Dermat. y Syph.*).—R. del Valle.

El arsénico en el eczema de la infancia.—Neuberger ha obtenido buenos resultados con el arsénico en el eczema crónico de la infancia. A los enfermos de dos años ó más les hace tomar una gota de licor de Fowler y agua destilada á partes iguales. El medicamento debe administrarse en leche después de la comida del medio día. La dosis se eleva progresivamente hasta 6 y 7 gotas. En los enfermos de menos de dos años, se administra también una gota de la disolución preparada con una parte de licor de Fowler por tres de agua destilada. La dosis se aumenta hasta 5 gotas. No ha observado hasta ahora el autor accidente alguno con esta medicación. El tratamiento dura de dieciséis á dieciocho semanas. Son frecuentes las recidivas.

(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

Heroina. — Las investigaciones del Dr. Pagani confirman los resultados favorables que se obtienen con la heroina en la bronquitis y en los primeros períodos de la tuberculosis pulmonar, cuando se emplea el medicamento en inyección subcutánea para calmar la tos. En los períodos avanzados de la tisis en que ya existen lesiones considerables del pulmón, el medicamento es inútil. Se ha mostrado también eficaz en el enfisema que va acompañado de catarro crónico y en algunos casos de asma bronquial.

Aunque siempre se presentan fenómenos poco marcados de intolerancia, tales como zumbidos de oídos, tendencia al vértigo y algo de atolondramiento, de diez á quince minutos después de haber tomado el medicamento, por pequeñas que sean las dosis de éste, tales fenómenos sólo duran como media hora, y no contraindican el uso del nuevo remedio; en cambio se observa que con el tiempo se establece el hábito.

(*Rivista Veneta di scienze mediche*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU DIAGNÓSTICO Y DE SU TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

POR EL

DOCTOR D. ARSENIO MARÍN PERUJO

Profesor libre de enfermedades del aparato digestivo. Madrid.

Ha ya dos años pensaba publicar un modesto opúsculo sobre enfermedades del hígado.

La circunstancia especial de haber dirigido bastantes años un Establecimiento de aguas minerales muy concurrido por enfermos de este órgano, muchos de ellos observados por mí con algún detenimiento, y, cosa importante, á repetición, me condujeron á coleccionar datos, sobre todo, en lo referente al cólico hepático. Además, he ido leyendo algo respecto á padecimientos de esta clase, comparando la clínica de los autores con la mía.

En este aplazamiento, que quizá hubiera resultado poco menos que indefinido, estaba; pero la circunstancia de haberse leído en la Academia Médico-Quirúrgica y en la Real Academia de Medicina, en muy pocos días de intervalo, dos eruditos trabajos sobre la patología del hígado (1); la necesidad de precisar, en la esfera asequible, algunos conceptos referentes al diagnóstico, al tratamiento mé-

(1) *Cirugía de las vías biliares.* Discurso leído en la Academia Médico-Quirúrgica Española, el 19 de noviembre de 1900, por el Dr. D. Juan Bravo Coronado, presidente de la misma.

Insuficiencia hepática. Discurso leído en la Real Academia de Medicina, el 25 de noviembre de 1900, por el Dr. D. Nicolás Rodríguez Abaytúa.

dico y al tratamiento quirúrgico de las enfermedades de las vías biliares, me han decidido á publicar este trabajo.

No hay medicina ó cirugía de las vías biliares, sino medicina y cirugía de las vías biliares.

El médico, no ya sólo amante del progreso científico, sino medianamente culto, no puede mirar con recelo la aspiración de la cirugía moderna á ocupar el puesto que la corresponde en el tratamiento de las enfermedades de las vías biliares.

Hace pocos años, ayer puede decirse, los enfermos de apendicitis quedaban condenados muchos de ellos por la expectación ó por la medicina semi-expectante ó impotente, á los horrores de la supuración, de las infecciones, de las adherencias, de la consunción, y si escapaban de la muerte después de este calvario, arrastraban una vida miserable, quedando siempre expuestos á la recidiva mortal.

Hoy la intervención quirúrgica en la apendicitis, después de una historia breve, pero brillante en todos los Congresos, Clínicas, Revistas y Hospitales del mundo culto, queda consagrada como operación necesaria y poco menos que inocente.

Practicar la gran cirugía ginecológica era hace un cuarto de siglo, más que realidad, aspiración, y en nuestro país significaba atrevimiento irrepetuoso, condenado por casi todos los Profesores.

A la cirugía ginecológica sigue la cirugía de las vías biliares, ya conquistadora de triunfos.

Pero también se imponen en las intervenciones qnirúrgicas las limitaciones que la verdad y un juicio sereno dicten. No protestas ciegas contra la cirugía; mas tampoco irreverentes atrevimientos quirúrgicos, ni manos que representen lo ejecutivo más que lo directivo, la atención al objeto más que al sujeto.

Hé aquí los inconvenientes que yo señalaba al estudiar el tratamiento quirúrgico en el cáncer del estómago. Yo decía, y puedo repetir ahora: «El especialista debe ser médico y cirujano de los órganos digestivos. Sucede que el médico en España no tiene nada ó tiene poquísimo de cirujano, y éste no tiene de médico tanto como necesita. La asociación de ambos, constituyendo la personalidad científica, se impone mientras tanto, para bien de la ciencia y del enfermo».

Después de estas consideraciones, quizá inusitadas, para tan pequeño bosquejo científico, pero en cierto modo necesarias, paso al estudio de la patología y de la terapéutica de las vías biliares.

DIAGNÓSTICO DEL CÓLICO HEPÁTICO

He de referirme en este estudio, de un modo principal, á mis observaciones personales, con números demostrativos.

Tratándose de cuadros estádisticos, éstos deben ser expresión de la más absoluta realidad clínica.

Aun cuando he visto gran número de colelitiásicos, como no tomé ó no guardé nota de muchos de ellos, prefiero que figuren en mi estadística sólo *doscientos casos*, completamente auténticos, de observación personal.

Lo mismo sucede con la *materia estadística*. O por apremio de tiempo ó por diversas circunstancias no observé todas las particularidades clínicas, sino muchas de ellas, que son las que consigno.

La dificultad mayor de un trabajo de esta índole está en que, en un mismo enfermo, se han presentado varios cólicos, diferentes unos de otros para la precisión estadística. En este punto me he atenido á *lo más culminante*, á *lo más frecuente*, en cada individuo.

Así, pues, podrá decirse que esta estadística enseña poco, que sólo se considera desde puntos de vista harto limitados; pero prefiero esta limitación á una amplitud aparatosa sin base de certidumbre.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL «DIAGNÓSTICO» DE LA ENFERMEDAD

	ENFERMOS
Se diagnosticó la enfermedad, en el primer dolor, en...	45
Se diagnósticó la enfermedad, después de muchos días, semanas, meses ó años del primer dolor, ó sea cuando apareció la segunda, tercera ó sucesivas crisis dolorosas, en.....	112
No se diagnosticó la enfermedad (sino diversas afecciones), aun después de varios cólicos hepáticos, en	43
Total.....	200

Esto causará extrañeza, y mayor si se observa después el cuadro relativo á la intensidad del dolor, etc.

He observado que si no se presenta la gran ictericia ó el gran dolor en sitio, por decirlo así, matemático, hay propensión á admitir, más que la úlcera gástrica ó el cólico nefrítico, el histerismo, el reflejo uterino, la indigestión vulgar, un proceso gástrico, el reumatismo, etc.; y sólo ante la repetición del ataque, y eso si éste no está

distanciadísimo del primero por muchos años, se admite, ya muy fácilmente, el cólico hepático.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL «SITIO» DEL DOLOR

	ENFERMOS
Dolor rigurosamente determinado en la *región de la vesícula*, en...	40
— determinado *en el hígado*, pero más ó menos alejado de la vesícula, en.....	47
— (casi siempre con sensación de *cinturón*, de barra, de *coraza*, que comprimiesen los órganos), en la *región inferior del pecho* y *en el tronco*, con predominio, ya *en el lado derecho*, ya *en la región de la espalda*, y más raramente *en el epigastrio* y en el *lado izquierdo*, en.....	60
— *en la región epigástrica*, ya rigurosamente central, ya en zona derecha intermedia, y con vaga irradiación, sobre todo *dorsal*, en.....	22
— *en la región dorsal*, con irradiación más marcada al epigastrio y al *hombro* y al *brazo derechos*, en.....	18
— *en el hombro derecho exclusivamente*, en.....	6
— en el vacío derecho exclusivamente (sin pretexto de apendicitis, acúmulo ó destensión cecal, etc.), en.....	2
— en la región inguinal derecha exclusivamente (sin hernia, etcétera), en.....	2
— en el hipocondrio y, más especialmente, en el *hombro izquierdo*, exclusivamente, en.....	3
Total.....	200

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA «INTENSIDAD» DEL DOLOR

	ENFERMOS
Hubo crisis muy alarmantes (síncope, grandes convulsiones, etcétera), en.....	11
Hubo gran crisis dolorosa (determinando en la mayor parte de estos individuos posturas violentísimas, fenomenalismo análogo al que precede á congestiones ó á rotura de la vesícula, agotamiento nervioso, ansiedad extrema ó sudor copiosísimo, etc.), en	68
Hubo dolor no muy intenso (ó regularmente soportado por complexión, carácter, etc., de los pacientes), en.....	70
Hubo molestias, leve sensación de peso, etc., más que dolor, en...	51
Total.....	200

Ya comprendo que *el menos* y *el más*, tratándose de dolor, como

tratándose de otras cosas, son términos muy relativos y susceptibles de muy diversa interpretación, según los individuos y según los incidentes circunstaciales; pero así y todo, creo que merece consignarse el dato relativo á la intensidad del dolor.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA RELACIÓN DEL DOLOR «CON LAS HORAS DE LAS COMIDAS»

	ENFERMOS
Se presentó el dolor algún tiempo después de la comida (generalmente de una á cuatro horas y media después), en.....	127
Se presentó el dolor sin la anterior coincidencia, y cuando pudo conceptuarse que el estómago estaba completamente vacío, en	32
Se presentó el dolor, ya unas veces después, ya otras antes de la comida, sin relación en este concepto, en.....	41
Total...	200

La relación del dolor con la comida, ó, lo que es lo mismo, con la hora en que la vesícula se contrae y proyecta al intestino la bilis necesaria para la digestión, es evidente. Es posible que aun dentro de los 32 y de los 41 casos últimos de la lista, haya algunos que debieran figurar en los 127 primeros, pues se prejuzga á veces ligeramente, creyendo que el alimento se ha proyectado y se ha digerido bien, porque han transcurrido tantas ó cuantas horas después de la comida, ó porque el enfermo no ha experimentado molestias. Los cólicos hepáticos que sobrevienen á las altas *horas de la noche*, se explican de este modo mejor que de otro. Por lo demás, es innegable que la gran relación causal, con y aun sin disposición morbosa de la vesícula, referente al sistema nervioso (una gran contrariedad, un disgusto, etc.), no es para olvidada.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA PRESENTACIÓN DE LA «ICTERICIA»

	ENFERMOS
No se presentó nunca la ictericia, en	27
No se presentó en el primero ó en los primeros cólicos hepáticos, pero sí en los cólicos sucesivos, en.....	52
Apareció solo en el último ó en los últimos cólicos hepáticos, en..	50
Apareció al principio, pero no en tiempos sucesivos, en.....	31
Hubo un ligerísimo tinte subictérico (en algunos de ellos casi inapreciable y que inducía fácilmente á error), en.....	40
Total..... .	200

La precisión matemática en algunos detalles no he podido establecerla, ni creo que pueda establecerla nadie, á no ser que estuviera dedicado, poco menos que en familia, á inspeccionar constantemente durante toda la vida á unos cuantos enfermos. Tal sucede, por ejemplo, en los números 50 y 31 del cuadro antecedente; y tal sucedería si anotásemos las particularidades referentes á la coloración ictérica (verde, verde botella, cobrizo, amarillo, pajizo, en diversos tonos, color de indio bravo, gris, gris de aspecto de suciedad, *negra*, la ictericia de *vitiligo*, en donde á primera vista no se sabe cuál es el color natural ó el patológico de la piel, la ictericia de *mascarilla*. Una señora que ví en Andalucía, presentaba como resultado de su colelitiasis ictérica, esta mascarilla, y tanta extrañeza y aun repugnancia causaba á todos los huéspedes de la fonda donde se alojaba, también enfermos muchos de ellos del hígado, que, no por impulso propio, pues era de espíritu muy sereno, sino á instancia del dueño de la fonda, que temía disgustar á su clientela, hubo de comer en mesa particular y aun vivir apartada de toda relación social). Otras particularidades referentes á la *persistencia* ó á la *fugacidad de la ictericia*, tampoco pueden ocuparme en tan pequeño trabajo; basta consignar que he visto ictericias intensas durante mucho tiempo sin gran contratiempo en la salud; por lo demás, la ictericia suele presentarse de doce á veinticuatro ó más horas después del enclavamiento del cálculo.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DURACIÓN DE LOS ATAQUES

	ENFERMOS
Duró el cólico hepático menos de una hora, en	27
— de una á cuatro horas, en	60
— de cuatro á ocho horas, en	72
— de ocho á veinticuatro horas, en	28
— más de veinticuatro horas (incluyéndose un caso que duró ocho días, otro que duró catorce días y otro que tuvo de duración *veintisiete* días), en	13
Total	200

No se comprende la vida con crisis intensas muy duraderas; claro está que en estos cólicos hepáticos, como en todos, hubo las consabidas treguas, á veces no poco prolongadas, como el necesario reposo que la naturaleza se impone para poder volver á la lucha;

pero nada más que esto; es decir, que, aun los casos de cólico hepático más prolongados que figuran en el cuadro, marcan una fecha con el mismo fundamento que el dolor que repite dos ó tres veces durante cuatro ó seis horas. No entraré en consideraciones respecto de la patogenia probable (¿sólo colecistitis? ¿sólo cálculos, sólo adherencias?) de estos cólicos prolongados.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL INTERVALO QUE HA MEDIADO EN LOS ATAQUES

	ENFERMOS
Cólico hepático único, ó sea sin repetición, en	89
— repetido antes de un mes (en algunos casos todos ó casi todos los días), en	22
— repetido después de un mes y antes de un año, en	40
— repetido después de un año y antes de cuatro, en	62
— repetido después de cuatro años y antes de diez, en	19
— repetido después de diez años y antes de veinte, en	12
— repetido después de veinte años, en	6
Total	200

Las advertencias se imponen al momento.

La primera casilla de este cuadro habría de resultar mermada si fuera posible seguir la observación de los enfermos, pues es de suponer que algunos de éstos tendrán repetición del cólico.

Respecto á lo consignado en el segundo encasillado, no debe confundirse con lo que se expresa en la estadística referente á la duración del cólico hepático. Puede haber muchos ataques, aunque duren muchos días, y tratarse, sin embargo, de *un* cólico hepático, y puede suceder, como en este cuadro se indica, que en análogo espacio de tiempo sean cólicos hepáticos diferentes. La atenta observación que ve intervalos de tregua ó intervalos de salud (aunque ésta sea relativa, como consecuencia del sufrimiento, etc.), en los cuales todo se decidió, es la que marca las limitaciones.

Por lo demás, en las particularidades correspondientes á largas fechas, el médico se atiene á las referencias de los enfermos, todos vistos, eso sí, por éste.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA «EXPULSIÓN DE CÁLCULOS»

	ENFERMOS
Hubo expulsión de cálculos, en.....	72
No se sabe si se expulsaron ó no cálculos, por no haberse hecho el análisis de las deposiciones, en.....	67
No se expulsaron cálculos, en.....	61
Total.....	200

La primera casilla, con el número 72, no contradice la estadística referente al diagnóstico de la enfermedad, porque el examen de las materias excrementicias se ha verificado pocas veces en el primer cólico hepático.

Con esta pequeña lista queda reforzado el argumento que consiste en admitir muchísimas veces el cólico hepático por colecistitis sin colelitos; mas sin negar el hecho, que es evidente, hay que limitarlo; puede suponerse que muchos de los 67 colelitiásicos que figuran en la segunda casilla del cuadro, habrán expulsado cálculos, y aun á algunos de los 61 enfermos restantes les habrá ocurrido lo propio, pues no es prueba concluyente el analizar algunas y aun muchas, pero *no todas* las veces, las materias estercoráceas arrojadas *después* (y este después debe significar, no el examen de la primera, sino de algunas deposiciones más) de las crisis dolorosas.

CÓLICO HEPÁTICO CONSIDERADO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL «PRONÓSTICO»

	ENFERMOS.
Cólico hepático en que los enfermos tenían buena salud en los intervalos de los ataques, en.....	97
— en que los enfermos acusaban, ya siempre, ya en algunas épocas, molestias soportables (probables exacerbaciones dispépticas en relación con la mayor ó menor facilidad para la excreción de la bilis, colecistitis sencillas y transitorias en virtud de la disposición patológica de la vesícula, adherencias muy ligeras, etc.), en los intervalos de los ataques, en.....	55
— en que los enfermos aquejaban molestias muy graduadas y hasta fenómenos graves (probables retenciones biliares más ó menos prolongadas, infección biliar, fiebre, adherencias de consideración entre la vesícula y alguno de los órganos vecinos, colecistitis muy severas, etc.), en los intervalos de los ataques, en	34
— en que los enfermos murieron en los ataques ó en los intervalos de éstos (rotura de la vesícula, inflamaciones peritoneales agudizadas y agravadas, trayectos fistulosos, etc.), en	14
Total...	200

Conviene tener presente que la mayor parte de estos enfermos se han observado fuera de Madrid, en la Clínica hidrológica.

También es pertinente anotar, que si alguno de los enfermos comprendidos en el segundo y tercer encasillado, ha podido agravarse y hasta morir, como resultado directo del proceso biliar, seis de los enfermos del cuarto encasillado, los cuales no se sabe de qué murieron, han podido sucumbir de enfermedad intercurrente, aunque esto sea poco verosímil.

La reseña de estos cuadros, se dirá, representa la incertidumbre, la falibilidad, la diversidad de interpretación de los datos clínicos. Esto es exacto si se mira á un detalle: mas deja de serlo si se mira á todos los detalles, al criterio de conjunto, que es el que debe prevalecer siempre.

Costará poco decir: «para hacer afirmaciones, saber que se han expulsado cálculos». Este criterio no pertenece á nuestros días. Hoy se sabe que hay muchos cólicos hepáticos por colecistitis, por espasmos vesiculares, por adherencias peritoneales (y por colelitos que indudablemente existen pero que no salen ni aun toman *vía* para salir), y que no es sinónimo el dolor, de movimiento ó de enclavamiento de un cálculo en las vías biliares.

Riedel admite variada patogenia del cólico hepático: por adherencias de vesícula sin contener ésta ya cálculos; por adherencias conteniendo aún cálculos la vesícula, y con permeabilidad cística; por inflamación de la vesícula hidrópica, con cálculos y con conducto cístico obstruído por el paso de un cálculo por los conductos; por la inflamación del conducto y sus ramificaciones cuando está dilatado por un cálculo, aunque no haya enclavamiento de éste.

Llámense pseudo-cólicos hepáticos ó cólicos hepáticos calculosos, sean por inflamación de la vesícula, por cálculos ó por las dos cosas, lo cierto es que al clínico le interesa atisbar muchos datos, muchos detalles, para formar un juicio diagnóstico absoluto ó aproximado.

Cuando no hay gran crisis dolorosa, ni ictericia, ni, en fin, fenómenos claros de la enfermedad, la experiencia me ha enseñado que algunas particularidades, relacionándolas, insinúan el diagnóstico.

Un pequeño calofrío, la sensación de amargor en la boca, un ligerísimo estado febril ó sólo calor en algún punto, como en las palmas de las manos; la necesidad de purgantes sin quebranto, y hasta con marcado alivio; la ligerísima subictericia y aun sólo la demudación fácil del semblante en ciertos momentos, algunas molestias más fáci-

les en horas determinadas, y que á primera vista no se explican por hiperclorhídria, por influencia nerviosa, por éxtasis alimenticio ni por úlcera; oir que la enfermedad acometió en tales ó en cuales períodos de la vida, que en determinada época dió un dolor fuerte, que se tomaron entre otros medicamentos la *morfina* ó la *quinina* (muchos de los enfermos que toman quinina y no se alivian, son colelitiásicos ó colecistíticos, según me enseña la observación), que hay propensión á la *bilis* (aunque esto induce á engaño, porque muchos creen que es bilis el moco, el agua, etc., que procede del estómago), que se observa tristeza, ansiedad, etc., todo esto, especialmente si se trata de una constitución retardada, de una mujer quebrantada por partos, abortos y lactancias, de una persona perezosa é inactiva, hace diagnosticar el padecimiento en muchos casos.

Lo más expresivo y culminante, la típica descripción del cólico hepático, ya bien sabida, y en cierto modo representada en los cuadros anteriores, hace defecto muchas veces.

La *fiebre*, los *calofríos*, los *vómitos*, y *náuseas persistentes* (secos, de bilis ó de secreción gástrica, según la combinación que resulte por el estado nervioso, por la susceptibilidad gástrica, y sobre todo por la oclusión, ya litógena, ya inflamatoria, de unos ó de otros conductos biliares), á veces abrumadores, y que marcan en ocasiones la mejoría, los estados flatulentos coincidentes con espasmos alternantes en el intestino, que producen ruídos y sensaciones especiales de oclusión ó de estrechez; los cambios en la orina, la *topografía de la región vesicular*, que indica á veces la ectasia ó la inflamación del reservorio, pero que otras, *las más*, no indican nada, pues éste está *inaccesible*, no pudiéndose *tocar los cálculos* ni percibir *ruido de choque*, son particularidades dignas de tenerse en cuenta.

Es lástima que no tenga datos bastantes para un cuadro estadístico relativo al sexo y á la condición individual de los enfermos.

Pero puedo asegurar con la más completa convicción, que muchos, muchísimos de los casos que figuran en mi estadística, corresponden al *sexo femenino*, y precisamente á mujeres que estaban en directísima relación con el *embarazo*, el *aborto*, el *puerperio* ó la *lactancia*.

Es más, yo he observado en muchas de estas enfermas el síndrome de los *cuatro grandes* síntomas, pudiera decir, de *cuatro vísceras enfermas*, el riñón (arenilla, dolor, movilidad ó ya verdadera ectopia renal), el *hígado* (cólico hepático evidente, unas veces con expulsión de cálculos, otras sin dicha expulsión, ó angio-colecistitis), el

útero (ya ulceraciones, metritis, endometritis, etc.; pero más especialmente desviaciones, prolapsos, flojedad de las ataduras peritoneales), el *intestino* (enterotopsis ó sólo gran flacidez intestinal, acompañada casi siempre de *dispepsia*, de *estreñimiento*). Suele unirse á este complexo patológico el casi natural y penoso estado de *histerismo*.

¿Cómo no se precisa este estado que yo entiendo es frecuentísimo; que brinda á todos, gastrópatas, ginecólogos, etc., á estudios inspirados en alta clínica, y que se observa en tantas mujeres que lactan ó que han abortado ó parido, quedando quebrantadas? Avido de leer algo preciso sobre esto, no he encontrado mucho más de lo que dice Tiedmann. «Los cólicos por cálculos biliares en el puerperio, por más que no se hable de ellos en las obras, no por eso son raros. Respecto al mecanismo, los obstáculos, los trastornos circulatorios producidos tan á menudo en el útero que se va engrosando, impiden y se oponen en un grado más ó menos elevado al flujo de la bilis, y por tanto, dan lugar al éxtasis de ésta, y según las condiciones individuales, pueden presentar el cuadro de la ictericia, de las arenillas biliares y de los cálculos. Con el parto y con la relativa disminución de presión endo-abdominal, los vasos biliares, no sometidos ya á la exagerada presión en ellos existente durante el embarazo, van gradualmente contrayéndose, y la vesícula biliar tiende á expulsar al exterior los cálculos detenidos. Además, el elemento de catarro infeccioso puede representar el núcleo por la formación de cálculos».

Demeviélle cree que hay en muchos de estos casos ptoses viscerales, y que lo mecánico lleva al catarro de la vesícula, y ésta á la colelitiasis.

Yo creo que pueden asociarse el elemento mecánico, el congestivo y el neurasténico ó el atónico. Es más, creo que este último representa un gran papel en la patogenia del cólico hepático y de los otros procesos que he indicado. La lactancia, el aborto de corta fecha, en el cual no puede haber compresiones de la vesícula, y otros estados de *debilidad*, marcan hechos relacionados con la *inercia del reservorio biliar*, ya en dichos estados, ya en otros, como en la *falta de ejercicio*, en la *inacción* (casi peculiar de la mujer, sobre todo, en la mujer española; y así puede observarse que es *frecuentísimo el cólico hepático en el bello sexo*), en el gran *retardo orgánico* de muchos *artríticos*. Agréguese á esto que el cólico hepático surge sólo por un *disgusto*, una gran contrariedad, por *causa psíquica*; en fin, en

muchísimas ocasiones (siento no poder presentar cuadro estadístico referente á esta etiología tan evidente).

Se habla mucho más de colecistitis que de *vesículas inertes*, sin fuerza de expulsión, y que naturalmente originan el éxtasis biliar y, ya, los procesos secundarios consiguientes.

No hago más que consignar, ya que no pueda precisarlo con números, la *coincidencia de la litiasis renal* (como la *coincidencia del complexo artrítico*) con la litiasis biliar en muchos casos.

De todo lo expuesto se deducen datos suficientes para, si no en todos, en la mayor parte de los casos, evitar la confusión del cólico hepático con el *espasmo del píloro*, con la *úlcera gástrica*, con el *cólico nefrítico*, con la *fiebre intermitente*, con la *neuralgia*, etc.

La cuestión principal para el clínico es conocer la naturaleza del cólico hepático, su evolución, cómo termina, qué lesiones posibles deja. Puede el cólico hepático no dejar tras sí ni rastro de enfermedad. Puede, por el contrario, dejar, y así sucede á menudo, cualquiera de los accidentes que se expresan á continuación (y que se estudian más adelante):

Repleción biliar con ó sin cálculos (sin necesidad de que esté obstruído el conducto cístico, pero sí en más ó menos el conducto colédoco).

Ectasia hidrópica ó hidropesía de la vesícula (aún sin colecistitis, pero probablemente con ella).

Colecistitis sencilla (dudas de si será muy leve y fugaz ó si dejará consecuencias de adherencias, etc., que marcarán fácilmente el punto de partida de nuevos cólicos ó de otros accidentes).

Colecistitis que dejan como consecuencias la inflamación peritoneal y las adherencias.

Flemón biliar.

Procesos perforativos y fistulosos de las vías biliares.

(*Continuará*).

TRATAMIENTO DE LAS RETENCIONES DE ORINA

ESPECIALMENTE CUANDO NO ES POSIBLE EL CATETERISMO EVACUADOR, LA URETROTOMÍA INTERNA NI EXTERNA CASOS PRÁCTICOS — CURACIÓN

POR EL DOCTOR

D. MANUEL BARRAGÁN Y BONET

Profesor encargado de la consulta de vías urinarias del Hospital de la Princesa. Madrid.

Los ilustrados compañeros que hayan leído lo poco que he colaborado en esta REVISTA, habrán observado que he sido fiel á su título: de ser una publicación eminentemente práctica; norma que me ha de servir también en las presentes notas clínicas.

La frecuencia con que se repiten los casos de retención urinaria, tanto en los grandes centros como en las pequeñas poblaciones rurales; la diversidad de causas que la producen, las distintas intervenciones que exige cada retencionista, y, por último, la indicación vital que nuestro proceder llena, son factores más que suficientes para que exponga lo que la práctica de algunos años me enseñó y mi manera de proceder en semejantes casos.

Cuando seamos llamados para asistir á un enfermo que no orina, lo primero que debemos tener presente es si el enfermo es ó no reténcionista; es decir, si no orina por obstáculos mecánicos que impidan el libre acceso de la orina al exterior, ó porque los riñones no fabriquen; datos que se adquieren, como se sabe, por la palpación y percusión abdominal. Trivial es la advertencia, pero bueno es consignarlo. Los que no orinan por secreción negativa, dependiente casi siempre de lesiodes renales, del miocardio, ó de trastornos porto-hepáticos, corresponden al orden médico, de todos es sabido cómo se tratan esta clase de enfermos. La retención de orina en los hemiplégicos, mielíticos, y las que se presentan en el curso de las enfermedades infecciosas, son también del dominio médico y su tratamiento el cateterismo evacuador.

Las retenciónes por lesiones de las vías urinarias (obstáculos mecánicos) tienen por causas: 1.°, estrecheces uretrales; 2.°, prostáticas; 3.°, cálculos y cuerpos extraños en la uretra anterior y posterior, y 4.°, traumatismo de la región perineo-bulbar.

En la atresia del meato y en algunos epi é hipospadias se observan, aunque raramente, retenciones, las cuales se tratan dilatando ó incindiendo el meato.

IMPRESIÓN INMEDIATA QUE NOS PRODUCE LA PRESENCIA DE ESTOS ENFERMOS

Lo primero que llama la atención es su actitud: jamás ni por casualidad los veréis en la cama: andan encorvados, desasosegados, inquietos, con la cara desencajada y revelando un sufrimiento profundo en todos los órganos que la componen. Tengamos presente, antes de preguntar su historia y proceder al reconocimiento, que el enfermo generalmente no tiene retención absoluta de orina, lo hace gota á gota, es decir, por rebosamiento, que es lo primero que nos cuenta al preguntarle desde cuándo no orina. Antes de explorar, es preciso tener en cuenta que el retencionista del primer grupo lo es desde mucho tiempo de un modo latente, hecho que se explica por la ruptura del equilibrio entre la potencia (vejiga) y la resistencia (estrechez). Mientras el émbolo vesical tuvo energías suficientes, la orina salió con más ó menos trabajo, pero salió al fin; esta batalla es insostenible por mucho tiempo y por múltiples causas: la debilidad vesical por exceso de función, la disminución del diámetro de la estrechez y, por último, el factor más importante, el abatimiento de las energías excito-motrices con la edad; por esto los retencionistas por estrechez que reclaman intervención quirúrgica, es de regla que se encuentren en la última etapa de la vida.

Teniendo en cuenta que en estos enfermos el curso de la orina está interrumpido en los uréteres, que los riñones sufren una congestión persistente y continua paralítica que favorece la infección, que la orina sufre la fermentación amoniacal y, por último, que esta perturbación vascular no se limita al aparato urinario, sino que traspasa su esfera, invadiendo la congestión el sistema venoso porto-hepático, pasad á la exploración uretral para escoger el instrumento evacuador, á fin de evitar las falsas vías introduciendo sondas sin habernos dado cuenta del sitio y diámetro de la estrechez.

I

Cuando el cateterismo evacuador es posible, se hace preciso tener presente el cuidado de no vaciar la vejiga de una vez, sino interrumpiendo la salida de cuándo en cuándo, á fin de evitar una hemorragia *ex-vacuo*, cuya explicación es sencilla. Factores: conges-

tión intensa de los plexos venosos perivesicales y prostáticos, y aumento de presión extrínseca vascular hidrostática (orina retenida). Al vaciar la vejiga cede la presión extrínseca, aumenta la de los vasos, se rompen los más pequeños y la hematuria se verifica en forma de lluvia finísima dentro de la vejiga. En estos casos hay que repetir el cateterismo cada seis horas durante las cuarenta y ocho siguientes, tiempo bastante, en general, para que la vejiga adquiera su excitación motriz perdida por la dilatación máxima.

Pero si la uretra no es franqueable más que con las bujías filiformes, hay que practicar la uretrotomía interna. ¿Es infranqueable en absoluto? Hágase la externa sin conductor. Claro es que en este último caso no es tan fácil muchas veces el hallar el extremo posterior, tanto más difícil de encontrar cuanto menos inmediata sea nuestra intervención. Mucho más difícil é imposible nos es dar con el extremo posterior, cuando hacemos la uretrotomía por estrecheces antiguas, en cuyos casos tenemos que habérnoslas con un periné engrosado sin relaciones y cada órgano por su lado; sin embargo, de los muchos enfermos á quien operé en estas condiciones, pocos fueron los que no pude dejar la sonda colocada. En algunos me fué imposible colocarla inmediatamente, esperé á los días siguientes, vigilando la herida perineal, para ver de qué forma y sitio salía la orina; con este dato me fué fácil introducir la sonda al tercero ó cuarto día.

Ocurre también á veces, que la sonda no franquea ni aun la porción peniana ó bulbar por estrecheces de esta región. En presencia de estos casos, se introduce la bujía filiforme del uretrotomo de Maisonneuve, se practica la uretrotomía interna, haciendo salir la sonda por el ojal perineal é introduciendo su extremidad olivar por la uretra posterior. Para más detalles véanse los números 502 y 559 de esta Revista, fechas 5 de agosto de 1896 y 5 de marzo de 1898, *Contribución al estudio de las hematurias en los prostáticos y en las estrecheces uretrales*; *Traumatismos de las regiones peniana y perineo-bulbar*; *Rupturas de la uretra, estrecheces y retención de orina consecutiva*. Este último artículo terminaba: «Las consideraciones que acabo de exponer son aplicables á la inmensa mayoría de los casos. Por *excepción*, hay algunos en que nos es imposible seguir el camino trazado para llenar la indicación, como por ejemplo: cuando la ruptura uretral es muy posterior, en cuyo caso nos es absolutamente imposible dar con el extremo posterior, ó cuando la violencia del traumatismo fractura las ramas del pubis, divide por completo la uretra y la orina se infiltra en la vaina perineal superior ó prostáti-

ca, llena la fosa isquio-rectal, gana la cavidad pelviana y á veces la abdominal. En semejantes casos, no nos queda otro recurso que la talla hipogástrica, seguida, si es posible, del cateterismo retrógrado».

Todo llega, y aquellas excepciones se presentaron, y desde mi último artículo sobre esta materia, héme visto obligado á practicar la cistotomía abdominal en varios enfermos con éxito excelente, haciendo de ella una intervención reglada y precisa, como puede comprobarse en el siguiente caso, correspondiente al primer grupo: «Retencionistas por estrechez infranqueable».

Se trata de un enfermo, natural de Madrid, con estrechez infranqueable, al cual ví en consulta á las dos de la tarde del día 4 de junio con mi muy ilustrado compañero el Dr. Toledano, y fué operado á las cuatro del mismo día. Tal era la urgencia del caso.

Antecedentes (1):

«Hace once años empecé á orinar con dificultad, sentía dolores, tenía grandes intermitencias y la orina dejaba abundantes posos en el recipiente. Más tarde empezaron á darme fiebres y varios ataques intensos de retención y de gota, reconocida ésta por varios médicos.

»Los ataques de una y otra forma se sucedieron con tal frecuencia, que en estos últimos años había mes en que tuve tres. Hacía cinco años que usaba orinal (aparato de goma), pues me acontecía que unas veces no podía orinar nada y otras frecuentemente estaba goteando, tanto, que por la noche en la cama empapaba cuatro y cinco toallas, y la orina siempre con mucosidad de mal olor y de un color unas veces como café con leche y otras turbia con grandes rayas que parecían claras de huevo. De medicamentos al interior he tomado infinidad, y al exterior unturas sin cuento, bayetas emolientes, baños de asiento y toda clase de cocimientos, etc. He consultado con muchos médicos en Santander, Sevilla y especialmente en Madrid».

La retención era en este enfermo de unas sesenta horas, y sólo conseguía, á fuerza de grandes dolores y sufrimientos, excretar algunas gotas de orina, la vejiga amenazaba romperse. Sus atributos exteriores, los generales, ya dichos, sumando á estos todos los de la intoxicación urémica. Pasé á la exploración uretral y no pude franquear la uretra posterior. En estas condiciones de gravedad positiva, era de conciencia obrar, y obrar con la premura y rapidez posible. En una hora se esterilizaron sondas, material de cura, se prepa-

(1) Datos escritos por el mismo enfermo.

ró al enfermo, y á las cuatro, como indiqué, le hice la cistotomía suprapubiana. Tal era la presión interna vesical, que la orina, al incindir la vejiga, chocó en el techo de la habitación. Hemostasia, lavado y colocación de los tubos sifón de Guyon-Perier.

En el curso post-operatorio nada surgió, la orina salió con regularidad por los tubos, la fiebre remitió. Como se comprende, con esta intervención sólo llené la indicación vital, faltaba hacer el conducto uretral, y tenía que habérmelas con una estrechez difusa y completamente cerrada la luz uretral. Como el enfermo continuaba bien de su estado general y la orina era normal, al noveno día, después de operado, practiqué la uretrotomía externa seguida de cateterismo retrógrado. Anestesiado, pasé el conductor hasta donde pude (comienzo de la porción bulbar), incisión media del periné, encontrando toda la porción membranosa y parte de la prostática dura y resistente, tanto, que se resistía al corte del bisturí; hecho esto, resequé lo que pude del fibroma peri-uretral. El segundo tiempo, es decir, el encuentro del extremo posterior de la uretra, fué de lo más laborioso que puede imaginarse y que cuenta mi práctica personal; por fin pasó un cateter metálico. Saqué éste é intenté colocar una sonda blanda ó semiblanda de las que se fijan por sí de talla hipogástrica; no fué posible. Vuelvo á introducir el cateter; un ayudante, el Dr. Carrillo, hizo salir la extremidad interna por la abertura abdominal, anudó á su oliva un tubo largo de desagüe, tiré del cateter y con él del tubo, quedando de esta forma hecho el cateterismo retrógrado. A la extremidad vesical del tubo le había cosido previamente otro trozo del mismo, quedando en forma de T, á fin de darle estabilidad en la vejiga.

El curso post-operatorio de esta segunda intervención no pudo ser más excelente. Apirético, sólo tuvo la tarde del primer día 38°,2. A los cuatro ó cinco, la herida abdominal cicatrizada. Al sexto, introduje por el tubo, que hacía de sonda fija, una bujía de bola metálica pequeña de la escala de Guyon; retiré el tubo, y quedó, como es consiguiente, en su lugar la bujía, la que me sirvió de guía para colocar una sonda de uretrotomía interna del número 20; operación que hube que repetir dos ó tres veces, á causa de la descomposición de esta clase de sonda.

Por último, el día 20 la herida perineal estaba completamente cicatrizada; retiré la sonda el 25, y desde entonces el enfermo orina cada seis horas ó cuando quiere, según dice él, y sin la más mínima molestia.

II

Los retencionistas prostáticos, cuya uretra es infranqueable (véanse los citados artículos), son los que más beneficios obtienen de la cistotomía abdominal, como se desprende por la lectura del caso siguiente:

El mes de septiembre último fuí llamado á Ciudad Rodrigo para asistir á un enfermo que no podía orinar, según constaba en el telegrama que se me presentó. Pregunté por la edad, y se me dijo que tendría cerca de ochenta años; pensé, claro es, en que sería prostático, y en este sentido preparé el instrumental á propósito. Salí de Madrid por la noche, llegando á presencia del enfermo al día siguiente á las siete de la tarde; doy estos datos á fin de hacer constar el tiempo que el enfermo estuvo con la retención.

Encontré al enfermo desencajado, sentándose y levantándose, en un estado de tensión nerviosa exagerada, pulso pequeño y contraído, piel seca y manos sudosas y frías, 38 y décimas, tenesmo rectal, y cada gota de orina que salía á intervalos, le producía un dolor intensísimo. La hisroria rápida que saqué del enfermo, la de siempre. Varias retenciones hacía bastantes años, las cuales fueron tratadas por el cateterismo evacuador unas veces, y otras espontáneamente con los baños de asiento. En este nuevo ataque, los distinguidos compañeros de la localidad intentaron, como siempre, el cateterismo, y no pudieron conseguirlo, no por falta de pericia, sino por la inflamación difusa de la uretra posterior y carecer de las sondas necesarias para los prostáticos: excuso decir que pusieron en juego todos cuantos medios se tienen y habían empleado en otros ataques. Por la palpación y percusión abdominal, aprecié que la vejiga pasaba la línea umbilical unos cuantos traveses de dedo, el tacto rectal indicó una inflamación difusa en el límite inferior de la próstata, siéndome imposible introducir el dedo más allá por estar borrada la luz rectal. Intentado el cateterismo uretral con las exploradoras, me fué imposible franquear la uretra posterior á pesar de hacer uso de las bolas más pequeñas, sólo conseguía producir hemorragia, á pesar de hacerlo, como debe comprenderse, con suavidad y sin violencia.

Después de muchos tanteos, conseguí introducir una sonda acodada del número 14 y evacuar la vejiga, dejándola fija. El enfermo quedó tranquilo.

A la mañana siguiente retiré la sonda. Por la tarde, media hora antes de mi regreso, intenté sondar al enfermo, cosa que creí fácil, y

la introducción fué más laboriosa. Por último, valiéndome del conductor de Maisonneuve, conseguí pasar una de uretrotomía interna, y evacuar nuevamente la vejiga dejándola fija.

Emprendo mi viaje y en Medina recibo un telegrama diciendo que el enfermo se había sacado la sonda, que los profesores intentaron introducirla y no pudieron, y por último, que volviera otra vez al lado del enfermo.

Nuevamente intenté sondarle, no fué posible, y me decidí á practicarle la cistotomía suprapubiana, dando salida á unos dos litros de orina, colocando, por último, los tubos sifón de Guyon-Perier, no los típicos, porque no los tenía, sino valiéndome de dos sondas de Nélaton

Se comprende perfectamente, al leer esta serie de detalles, el objeto que me guía, y es hacer comprender que debí empezar haciendo la cistotomía suprapubiana (1), siendo así que tan laborioso y complicado fué el cateterismo, y además, á fin de sentar las ventajas que esta intervención tiene, no sólo en los prostáticos, sino en los rètencionistas por estrechez, siendo así, que poniendo en reposo la vejiga y la uretra, la congestión de la vejiga y uretra primero, y la inflamación después, han de ceder por la falta de función, pudiéndose á los ocho días retirar los tubos y hacer el cateterismo evacuador con facilidad. La orina sale más fácilmente, y por último, descartamos los inconvenientes de la sonda fija que en los prostáticos en general se tolera poco y mal, sobre todo, después de uno de estos ataques.

Este enfermo continuó bien, supe que pasados unos días, creo que diez, le retiraron los tubos sustituyéndolos por la sonda fija primero y el cateterismo evacuador después (2).

III

Poco he de decir de este grupo, que como el siguiente está fuera del enunciado de este artículo.

El diagnóstico de presunción se obtiene por la palpación de la uretra y del periné y por el dolor localizado á la presión en un punto del trayecto uretral; y la certeza, con el explorador de bola olivar.

(1) Cuando ví que á la exploración uretral seguía uretrorragia, pensé abrir la vejiga por el abdomen, idea que no llevé á cabo por carecer de instrumental, aunque después tuve que hacerlo improvisando.

(2) Posteriormente supe que murió á consecuencia de nefritis ascendente, trastorno renal frecuente en los retencionistas de mucho tiempo.

Tratamiento.—Si son cálculos movibles en la uretra, antes de introducir la pinza de extracción de cuerpos extraños, se procurará deslizarlos con el dedo hasta la fosa navicular é incindir el meato si no es posible sacarlo, como procedí en los tres casos más recientes, el último, en junio, cuyo cálculo tenía el volumen de un guisante; si están engastados en la uretra, ojal uretral ó perineal que no deja de tener sus inconvenientes, y á fin de evitarlos se deben agotar todos los recursos para atraerlos por la vía natural. Las horquillas, alfileres, pedazos de madera, etc., generalmente se extraen bien con las pinzas, tanto más, cuanto que es muy raro que pasen más allá de la uretra anterior.

IV

Para las rupturas de uretra consecutivas á traumatismos de la región perineo-bulbar, las indicaciones están trazadas en el citado número 559 de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, y si el lesionado está en la última *etapa de la vida*, no se debe titubear en hacer la epicistomía.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Médico mayor; profesor de la Escuela de Medicina Militar. Madrid.

Manual de las enfermedades de la piel, por el profesor D. Ramón de la Sota y Lastra, catedrático de la Escuela de Medicina de Sevilla, con un prólogo del Dr. D. Federico Rubio y Gali. Segunda edición. Barcelona, 1900.

Fuera de los artículos publicados en periódicos y revistas profesionales, ó sean los trabajos chicos, aunque llenen algunas columnas y al final de cada uno pongan sus autores se *continuará*, los trabajos grandes, las Monografías de muchas páginas que necesitan una gran labor científica y un gran dispendio material, de estos trabajos pocos ven la luz pública en España, no por falta de autores de conocimientos suficientes, sino por el hábito que tiene el público de dar la preferencia á las obras extranjeras, estén bien ó mal pensadas, mejor ó peor traducidas, así que cuando algún profesor español es-

cribe, consiguiendo hacer una nueva tirada de su trabajo, puede comprenderse su importancia científica y la utilidad práctica que ha reportado á la clase médica, al aparecer una nueva edición.

Dentro de este caso encuéntrase el *Manual de las enfermedades de la piel*, del Dr. de la Sota y Lastra, que en 375 páginas ha hecho un estudio acabado y completo, desde el punto de vista clínico y terapéutico, de toda la Patología cutánea, á pesar de la extensión y progreso que en estos últimos años ha tomado esta especialidad.

La marcha seguida en la exposición de las materias contenidas en este libro por el Profesor de la Escuela de Medicina de Sevilla, siguiendo un orden correlativo de las lesiones anatómicas aceptadas en su clasificación dermatológica, las divide en dos grandes clases: «Afecciones secas», que comprenden 14 órdenes, desde las manchas hasta las alteraciones de la sensibilidad sin lesión aparente, y en «Afecciones húmedas» (ocho órdenes), desde el eczema hasta las alteraciones de secreción de las glándulas sebáceas.

Sin meterse en disquisiciones de escuela, que tanto preocupó á los antiguos dermatólogos, funda esta clasificación en el aspecto que presentan las erupciones en su período de estado en la forma elemental, simple ó primitiva, haciendo el estudio de cada una de estas formas, después de definirlas desde el punto de vista de la etiología, síntomas, anatomía patológica, complicaciones, variedades, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En las definiciones, concreta en pocas líneas y en términos generales el concepto de la enfermedad en su término anatomo-patológico, como en el lupus, ó en su característica sintomatológica y clínica, como en el epitelioma.

A las causas origen de la dermatosis, las da el autor gran importancia, pues al tratar de las ideas generales relativas á clasificación, se declara pertenecer á la escuela del inmortal Bazin, gloria de la dermatología francesa, por los resultados y observaciones recogidas en treinta años de práctica, escuela que defendieron Hardy, Gintrac y Olavide en España, que clasifica fundándose en la causa de la erupción, relacionando ésta con los padecimientos de los demás órganos. A pesar de esta opinión, no olvida el Dr. de la Sota y Lastra la importancia del estudio de la anatomía patológica de los procesos morbosos cutáneos, que han hecho prosperar esta especialidad desde Hebra y Kappozi hasta Paul Raymond, Berlioz, Brocq y Jaquet en nuestros días.

Al ocuparse de la sintomatología de las dermatosis, revela el doc-

tor Sota su observación práctica y sus estudios clínicos, describiendo las formas, variedades y evoluciones de todos los procesos cutáneos, dejando trazados bajo esta base el establecimiento del diagnóstico, limitándose á indicar lo necesario para distinción diferencial entre síntomas y lesiones que indican el valor de cada uno el pronóstico de la enfermedad en sí y poder establecer un tratamiento racional en todos los casos.

Todo lo relativo á la terapéutica está tratado con gran extensión, no limitándose solamente á la exposición de las indicaciones en general, sino que especifica lo que conviene hacer en cada caso en particular, tanto en lo que se refiere á la medicación tópica y general como lo relativo á la higiene en habitación, vestidos y alimentación, intercalando en los capítulos correspondientes al tratamiento una serie de fórmulas originales y sacadas de los Tratados más modernos de Dermatología.

La obra está escrita con método y adoptando un estilo propio y exclusivo á todo libro que debe de sacrificar la forma literaria al objeto especial que se la destina. Su autor ha sabido dar á esta labor un corte especial igual á las obras inglesas y alemanas, que prescindiendo de discursos inútiles se limitan á exponer lo esencialmente práctico y de directa aplicación. Lástima es que su originalidad no haya sido secundada por el artista encargado de sus ilustraciones que quizá por economía en la tirada no pudiese reproducir con exactitud sus acuarelas.

El prólogo escrito por el Dr. D. Federico Rubio, bueno como todo lo suyo, pero no hacía falta para recomendar un libro que, por la historia literaria y profesional del autor, estaba por él mismo recomendado.

Nuestra enhorabuena al Dr. Sota y Lastra por la segunda edición de su *Manual de Enfermedades de la Piel*, obra utilísima para el médico práctico, que puede servirle en todos los casos como obra de consulta del momento, encontrando reunido en pocas páginas todo lo referente á esta rama especial de la Patología Médica y Quirúrgica.

REVISTA ESPAÑOLA

PERIÓDICOS

La toxicidad del ácido bórico.—En *El Criterio Católico de Ciencias médicas*, de Barcelona, publica el Dr. D. Francisco Carbonell y Soles el siguiente artículo, relativo al caso, de interés científico:

«Respecto al ácido bórico domina la más completa algarabía: unos dicen que no es tóxico y otros llegan á culparle hasta de haber producido la muerte en algún caso de intoxicación.

Branshomme ha publicado dos observaciones de aplicación externa de dicho ácido, con subsiguiente aparición de eczema, vómitos biliosos, sudores abundantes y postración general. Hall cuenta otro caso en que el mismo uso del ácido bórico en una pérdida de substancia extensa, ocasionó cinco días después, intenso eritema general y la muerte á los nueve días. Féré procura desprestigiar el uso interno de las preparaciones bóricas, porque á veces, según su aserto, producen nefritis, anorexia, pirosis, náuseas y exantemas. Welch refiere que siete gramos y medio de ácido bórico depositado en la vagina de una leucorréica, bastaron para determinar al llegar al día décimo hormigueos y postración alarmante. La propia enferma se quitó el tapón de algodón, á pesar de lo cual hubo tumefacción, pigmentación y exfoliación considerables de la piel.

Y ahora hé aquí el reverso:

Cyon cree que no es malo eso de conservar las carnes merced al ácido bórico, y asegura que hasta medio gramo de esta substancia ingerida á diario con los alimentos de esta suerte embalsamados, es en absoluto inocua. Neumann dice que cuatro gramos de ácido bórico en solución al 3 por 100 inyectados en el peritoneo ó en la pleura, son perfectamente tolerables y útiles en las peritonitis y pleuresías. Forster relata que un su discípulo se habituó á mezclar todos los días tres gramos de ácido bórico en su comida, y la única consecuencia fué una vulgar dispepsia».

Ante semejantes contradicciones, lo único que tiene valor son los hechos bien observados, especialmente si su número no escasea, y por esto da cuenta de los dos casos siguientes:

Se refiere la primera á un mendigo con una erupción cutánea polimorfa general, que no era sarna, sino provocada por los piojos y los arañazos, que rascándose se producía. Le recomendó que se cambiase de ropa diariamente, no sin lavarse el cuerpo con la solución que él mismo debía prepararse hirviendo 40 gramos de ácido bórico en un litro de agua; á los pocos días, ni erupción ni picor tenía, y pregunta si le sería acaso bueno volver á tomar *aquella agua que tanto efecto purgante le había hecho, hasta el extremo de observarse en las deposiciones pequeñas chispas sanguinolentas.* Ese fué el resultado de ingerir por lo menos 30 gramos de ácido bórico en el espacio de dos días.

La segunda observación se refiere á un joven epiléptito: suele tomar antes

de acostarse una taza de infusión de tilo, y una noche, al ir á prepararla una hermana suya, aprovechó el recipiente lleno de agua que encontró en el hornillo, suponiendo que la muchacha la había colocado con intención de que la utilizara, como otras veces, para tal objeto, siendo así que era agua bórica que otro individuo de la familia se había preparado. La infusión resultó sosa, á pesar del azúcar, pues precisamente el reproche que hizo el sujeto de este caso á su hermana, de haberse olvidado del azúcar, y las réplicas de ella en sentido contrario, hicieron que al día siguiente, relacionando el sabor áspero de la infusión y la desaparición del agua bórica, se viniese á conocer la equivocación. La cantidad de ácido bórico fué de 10 gramos, y los efectos nulos.

Caso clínico raro. — Ascárides lumbricoides en la vejiga de la orina. — En la *Reforma Médico-Farmacéutica*, de Teruel, publica el Dr. F. Berenguer el caso referente á Isabel N., de setenta y ocho años de edad, casada, multípara, de buena constitución y temperamento. Se presentó á su examen hace poco más de un año por trastornos del aparato urinario que sufría desde algunos meses antes.

Desde entonces le quedó un dolor fijo y continuo en el hipocondrio izquierdo, profundo y que correspondía aproximadamente al riñón ó extremidad superior del ureter del mismo lado con ligeras exacerbaciones.

La orina, unas veces era clara y normal, otras negras ó color rojo de sangre.

La cantidad no estaba sensiblemente modificada, pero el color era unas veces amarillo claro, otras negro y otras como si fuera realmente sangre venosa; no había albúmina ni glicosa, sólo sí había experimentado la fermentación amoniacal, y tenía reacción alcalina en vez de la ácida que normalmente le da el fosfato mono-sódico.

El análisis microscópico no reveló sino algunos glóbulos rojos alterados y células epiteliales de la vejiga con algo de mucosidades.

La orina colorada lo era unas veces como producto de una mezcla á partes iguales de sangre y orina, pero otras veces casi parecía sangre pura que coagulaba después de la micción, y aun en otras salían ya en coágulos bastante duros que llegaban á interrumpir más ó menos tiempo la micción.

No hay dolor antes, durante, ni después de la micción, sea con sangre ó sin ella; sólo cuando algún coágulo interrumpe el chorro de la orina al ocupar el cuello de la vejiga ó el conducto de la uretra, determina tenesmo ó dolores.

Así ha transcurrido más de un año para la enferma sin presentar ningún nuevo dato para el diagnóstico, á pesar del tratamiento general y local empleados que consistían en diuréticos y alcalinos con la ergotina como medios preventivos, y una solución hemostática de antipirina para lavados vesicales á lo que temporalmente cedía. Todo ello, añadido á una alimentación reparadora y un método de vida adecuado.

¿A qué obedecía y de dónde procedía aquella sangre? Pregunta el Dr. Berenguer.

En cuanto al origen, podía excluir la uretra, por cuanto nunca salía la sangre antes que la orina; de la vejiga tenía fundados motivos para creerlo,

desde el momento que salían, las más de las veces íntimamente mezclados, sangre y orina con la coloración negruzca característica; orina clara con coágulos grandes más ó menos endurecidos que revelaban algún tiempo de existencia en la vejiga otras veces, y por último, sangre casi pura hacia el final ó después de la micción que lentamente iba coagulando.

Desde luego que esto no excluía la posibilidad de que viniera del ureter ó del riñón, pero se hacía más difícil.

Pensó como más probable en la existencia de un cálculo que de por sí podía explicar todos los fenómenos, y con motivo de los frecuentes lavados vesicales, no pudo apreciar el menor cálculo en los múltiples reconocimientos. Es más, aún parecía aumentar la hemorragia cuando se le obligaba á guardar un reposo casi absoluto en la cama, que cuando hacía una vida más activa.

Pensó en la *cistitis varicosa*, pero no había síntoma alguno de la cistitis si se exceptúa la hematuria; ni hay dolor, ni trastorno en la micción.

Después de algunos meses, y cuando ya desconfiaba de dar con el diagnóstico, se lo dió hecho la misma enferma al enseñar como producto de la última micción unos pedazos de gusano cilíndrico, obscuro y como anillado que aún podía distinguirse á pesar de encontrarse en un principio de maceración. Se repitió tres ó cuatro veces más la expulsión de estos productos organizados, y en ella uno de unos 12 centímetros de longitud, en un todo idéntica á las lombrices intestinales.

Desde este momento se exclareció completamente, y sin la menor duda, la etiología, patogenia, síntomas, etc.

Entre los parásitos, los más frecuentes en el aparato digestivo son los *ascárides* (lumbricoides), huéspedes habituales del intestino, pero que con facilidad se deslizan en toda su extensión y aun traspasan sus límites para expulsarlas con el vómito si llegan al estómago, ó salir por el ano ya en la defecación ya sin ella.

En este caso debió ocurrir indudablemente que durante la noche, ó mejor dicho, durante el sueño, una lombriz pudo salir por el ano y al pasar por entre los labios de la vulva dar de cabeza en su meato bastante permeable para colarse hacia arriba con la misma facilidad que pudo ascender por la vagina. Una vez en la vejiga se adaptó á este medio, que tampoco le sería totalmente inofensivo, y con sus movimientos, vida y reproducción, fué haciendo manifiestos sus efectos por los trastornos que paulatinamente iba determinando en la vejiga.

De esta suerte, al determinar una erosión en la vejiga de poca extensión ó profundidad, si la vejiga se encontraba llena de orina, se iban mezclando poco á poco hasta por su plenitud determinar la micción, y en este caso salía íntimamente mezclado y con la coloración moreno-negruzca de la mayor parte de las veces; pero otras la erosión era más intensa ó lesionaba algún ramúsculo vascular y si la sangre salía en abundancia coagulaba en la vejiga para salir después en pequeños fragmentos ó salir después de orinar con un color de sangre venosa casi pura.

El dolor existente á nivel del hipocondrio no se explica fácilmente por esta causa, pues para ello se había de suponer la traslación del ascárides lumbricoides á la pelvis renal ó extremidad superior del ureter (siempre del

mismo lado) y allí determinarlo de una manera mecánica, pero en tal caso se hubieran podido apreciar otra clase de trastornos, tales como retención urinaria á nivel del riñón, dolor, nefritis y modificaciones químicas de la orina que nunca pudimos observar.

La santonina y calomelanos eliminó gran número de estos parásitos, después de lo cual desaparecieron las hematurias.

Habida consideración de lo expuesto, dice el Dr. Berenguer, parece ser que si la orina no era del todo inofensiva para la vida de estos *entozoos*, era por lo menos medio tolerante, para que en él se desarrollara, viviera y se reprodujera, desde el momento que los múltiples trozos recogidos suponen varios individuos, y no es tan fácil suponer que todos ellos han pasado del recto á la vejiga atravesando el meato.

Las lombrices, indudablemente se alimentaban allí del quimo intestinal, y como la orina de por sí no les bastaría para su nutrición, se agarrarían con más ó menos violencia á la mucosa vesical y determinarían la salida de sangre á expensas de la cual habían de vivir.

Esto parece comprobar su nutrición por el quimo intestinal, pues en esta vía no es lo corriente ni mucho menos la salida de sangre bajo la forma de melenas ni reciente.

Es también de notar la coincidencia de la muerte y de la expulsión, pues entre todas ellas no pudimos observar una sola con vida, expulsada con la orina, sino todas muertas y en pedazos, por lo que es de creer que estos animales con sus movimientos, podían librarse de la corriente expulsiva de la orina — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Noviembre de 1900 (1).

Tratamiento del cáncer por las inyecciones de un suero anticelular. — El doctor Lucas Championnière: En la sesión del 12 de junio último, el Dr. Wlaeff, de San Petersburgo, presentó en su nombre y en el del Dr. Hofman, de Villiers, un trabajo sobre el tratamiento de los tumores malignos por un suero que ha descubierto. Presentó además dos enfermos de tumores malignos en tratamiento.

Las investigaciones del Dr. Wlaeff han tenido por punto de partida la

(1) Las sesiones de los días 6 y 13, se dedicaron á la lectura de informes para los premios.

comprobación de parásitos en el cáncer, en los tumores malignos en general. De estos tumores malignos ha obtenido los blastomicetos que emplea.

Según sus observaciones, estos parásitos aislados é inoculados pueden reproducir el cáncer en los animales y determinar en ellos la infección general cancerosa.

Estas premisas no son admitidas por todos. Los blastomicetos procedentes de los tumores cancerosos, han producido en los animales accidentes de infección local y general, una septicemia especial y hasta tumores adeniformes, pero no tumores cancerosos.

El Dr. Wlaeff ha procedido así en sus experimentos:

Inocula cierto número de ratas con los blastomicetos. Conserva algunas sin tratamiento, y á las otras las inyecta semanalmente, durante uno ó dos meses, medio á 1 cent. cúb. de suero. Las primeras mueren entre el primero y el segundo mes con tumores, caquexia ó infección generalizada. Las tratadas por el suero quedan sanas.

Principiando el tratamiento cuando existen ya tumores debidos á la inoculación, los animales pueden curar. Bajo la influencia del tratamiento, el tumor se aisla, se necrosa y la herida cicatriza.

El suero, á la dosis de 10 cent. cúb. en el hombre y de 2 en la rata y el mono, ha sido inofensivo por completo.

En el sujeto inoculado se produce una reacción pasajera bastante viva y elevación de la temperatura. El volumen del tumor aumenta igual que la cantidad de glóbulos blancos. Dos días después desaparece la reacción y el tumor y los ganglios linfáticos afectados disminuyen de volumen.

El Dr. Wlaeff ha ensayado su suero en cancerosos inoperables por el volumen ó la situación del tumor ó la extensión del infarto ganglionar. Los resultados han sido, al parecer, satisfactorios porque la evolución de la enfermedad se detiene.

En los tumores extirpados después de este tratamiento, el Dr. Wlaeff cree haber observado una modificación importante del tejido del neoplasma caracterizada por el desarrollo de tejido fibroso y una especie de tendencia del tumor á la regresión.

Parece indudable que los tumores son impresionados por la inyección de este suero. Pero no debe olvidarse que los tumores malignos son más impresionables á las medicaciones de lo que se cree. Muchas veces se ha tomado por progresos de curación las modificaciones pasajeras obtenidas por agentes terapéuticos variados y se ha admitido prematuramente la curación del mal.

Hay indicaciones que retrasan de tal modo la evolución del cáncer, que se ha proclamado la curación próxima. La historia de los cánceres viscerales, y, en particular, del estómago, abunda en casos de este género.

He empleado á menudo una medicación fundada en una observación curiosa de Fonssagrives. Las verrugas y ciertos papilomas desaparecen bajo la influencia de pequeñas dosis de magnesia inglesa administrada durante mucho tiempo.

He ensayado esta medicación en el cáncer. En el de la mama, en particular, he visto á menudo detenerse bastante la evolución del tumor. En los epiteliomas de los labios y de la lengua he observado modificaciones pro-

fundas. En ciertos casos, he podido creer en la curación definitiva. Estoy seguro de haber observado curaciones, lo que me hace creer que se trataba de tumores especiales, de epiteliomas de naturaleza particular, porque la magnesia administrada en casos idénticos en apariencia, no produce modificación alguna.

Recientemente, el Dr. Jaboulay ha recomendado el sulfato de quinina á altas dosis, como medicamento susceptible de modificar la evolución del cáncer.

Es preciso, por lo tanto, admitir con gran reserva estos hechos.

La medicación propuesta por el Dr. Wlaeff será inofensiva, pero no es inactiva, porque produce reacción bastante intensa. Esta reacción es pasajera, pero indica que la economía experimenta cierto trastorno.

El porvenir es el único que decidirá lo que puede esperarse de la terapéutica aconsejada por el Dr. Wlaeff.

El Dr. P. Berger : Cuando el profesor Dieulafoy me presentó al doctor Wlaeff le aconsejé esperar, antes de publicar sus resultados, á que éstos fueran más numerosos, y le confié varios enfermos de mi Clínica que padecían cánceres inoperables. Estos enfermos, en número de 12, han recibido de 4 á 20 inyecciones del suero anticelular que me han parecido completamente inofensivas. De los enfermos han muerto 8 durante el tratamiento; la muerte fué debida á los progresos de la afección cancerosa ó á causas accidentales que nada tienen que ver con las inyecciones de que se trata.

Las inyecciones del suero de Wlaeff tienen una acción manifiesta que se caracteriza :

1.° Por disminución de los dolores y de los trastornos funcionales dependientes de la neoplasia; por recuperación de la fuerza, del apetito, del sueño, á veces por aumento del peso del enfermo. Una parte de estas modificaciones favorables puede atribuirse al efecto moral del tratamiento, á la confianza; se observan en enfermos sometidos á otras medicaciones.

2.° Por una modificación del tumor; ésta no es constante. El tumor disminuye de volumen, se hace más duro, se retrae; las hemorragias suelen contenerse y las ulceraciones se reparan en parte; los infartos ganglionares disminuyen de volumen en ciertos casos. Estas modificaciones son tanto más notables cuanto que mientras se producen en unos puntos, la neoplasia continúa progresando en otros. Parece que el tumor experimenta un proceso escleroso que ahoga en sitios los elementos epitélicos, y puede terminar por la formación de una cicatriz en algunos puntos.

Pero, en los casos que he observado, estas transformaciones y estos efectos han sido de duración cortísima, y en todos los enfermos el neoplasma ha quedado estacionario ó se ha observado agravación. Creo, no obstante, que debe recurrirse á las inyecciones de suero de Wlaeff, porque cuando se trata de cáncer es algo obtener una mejoría, aunque pasajera, y observar una influencia favorable del tratamiento sobre la marcha de la neoplasia.

El principio *Melius anceps remedium quam nullum* puede aplicarse aquí; pero con la condición formal de que sea sólo en los casos desesperados, y que jamás, por someter al enfermo á este tratamiento, se difiera la intervención quirúrgica si es practicable. Nunca me cansaré de decir y repetir : en la actualidad los que padecen tumores malignos sólo tienen probabilidades

de curar ó de prolongar la vida por la ablación precoz y extensa de los tumores malignos, ablación que extirpe con el mal una gran zona de tejidos sanos y todos los confines de los linfáticos de la región.—F. Toledo.

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

celebrado en París del 2 al 9 de Agosto de 1900.

(Conclusión)

Sección de Otología.

Diagnóstico y tratamiento de la piemia ótica. — El Dr. Dundas Grant (de Londres): La piemia ótica se diagnostica por los escalofríos con grandes oscilaciones de la temperatura del cuerpo, y las metastasis que interesan la circulación pulmonar ó general. La pirexia y el trastorno constitucional, pueden atribuirse á diversas enfermedades de las que las más probables son la fiebre tifoidea, el paludismo, el reumatismo agudo, la endocarditis maligna, la tuberculosis aguda y la meningitis.

Eliminadas estas posibilidades, debe hacerse el diagnóstico diferencial entre la piemia ótica y las otras enfermedades peligrosas, absceso cerebral ó cerebeloso, meningitis serosa ó purulenta y supuración extra-dura-materna.

Queda por eliminar de nuestro diagnóstico, la sapremia, porque el pus retenido bajo presión, es capaz de producir trastornos febriles y constitucionales.

Diagnosticada la piemia ótica, queda todavía por averiguar si se trata de la forma trombósica ó de la simple.

Cuando la piemia resulta de una supuración aguda y se observan manifestaciones metastásicas en las articulaciones ó en la circulación general, es probable que la piemia sea simple.

Si, por el contrario, es consecutiva á la supuración crónica del oído medio que data de más de un año, y sobre todo, si hay evidencia de metastasis en los pulmones ó en las pleuras, es indudable que se trata de la piemia trombósica. Esta opinión se corrobora si hay tumefacción anormal de la yugular externa, lo que indica obstrucción de esta vena; la sensibilidad ó la hinchazón en el trayecto de este vaso, indica una flebitis ó cuando menos la inflamación de los ganglios suprayacentes; la hinchazón del contenido orbitario con dilatación de las venas retinianas, indica la obstrucción del seno cavernoso; además, la sensibilidad por detrás de la región mastoidea, hace sospechar la invasión de las venas condilianas ó vertebrales.

No es posible una comprobación más exacta sin poner al descubierto el seno sigmoideo.

El tratamiento de la piemia ótica será el siguiente:

En los casos agudos, la incisión de la membrana timpánica, la abertura de las células mastoideas (y del antro) con resección del hueso enfermo, la esterilización y el desagüe. El enfermo permanecerá en reposo y se le admi-

nistrará la quinina, los diuréticos, el alcohol y una alimentación substanciosa pero fácil de digerir. El suero apropiado (anti-estreptocócico), se empleará en inyecciones si la temperatura tarda en descender á la cifra normal. Los abscesos metastásicos se evacuarán á medida que se formen.

Si los síntomas persisten, á pesar del tratamiento indicado, puede sospecharse la formación de trombos parietales en el seno ó en el bulbo yugular. En estos casos es preciso recurrir á la exploración, á la ligadura de la yugular, á la incisión, evacuación y obliteración del seno sigmoideo. La yugular no debe ligarse si no se abre á la vez el seno.

En los casos crónicos la operación radical mastoidea se practicará sin perder tiempo, pero si hay posibilidad de trombo flebitis de la yugular, es preciso poner al descubierto, ligar y hasta evacuar este vaso antes de atacar la apófisis mastoide. Si se repiten los escalofríos, es necesario poner al descubierto y abrir uno ó los dos senos y desprender los coágulos hasta que salga con libertad sangre; el hueco que queda se tapona después con gasa iodoformada. En tales circunstancias, la mayoría de los operadores creen que conviene ligar la yugular interna é intervenir más lejos, según las circunstancias, por ejemplo:

Si hay trombosis venosa, la vena se ligará lo más abajo posible, después se la seccionará sacando la parte superior fuera del ángulo superior de la herida; hecho esto, se evacuará su contenido por medio de una cucharilla ó de una jeringa.

Si no hay trombosis se llegará el vaso lo más arriba posible sin seccionarle.

Se practicará siempre la evacuación completa del seno, la esterilización y el taponamiento ligero.

Todo tapón del seno se extraerá lo antes posible.

Cuando la temperatura sigue siendo elevada y las fuerzas vitales se pierden con rapidez, es preciso inyectar el suero antitóxico ó normal.

Si hay á la vez absceso cerebral ó cerebeloso, se evacuará haciendo una abertura en el cráneo lo más lejos posible del seno enfermo.

Los abscesos metastásicos se evacuarán á medida que se formen.

Causas y tratamiento de la enfermedad de Ménière.—El Dr. Moll (de Arnheim): La enfermedad de Ménière, ó el conjunto de síntomas de Ménière, representan una forma clínica que consiste en vértigos combinados con zumbidos, en sordera ó torpeza del oído y en náuseas ó vómitos. Como la enfermedad de Ménière, propiamente dicha, se presenta bajo formas diferentes, como no depende siempre del mismo origen y como los síntomas son exactamente los mismos, cuando se trata de una afección de las otras partes del oído, no creo conveniente designar con este nombre una sola forma. Esta salvedad contribuirá á que continúe la confusión. Además, como los síntomas de Ménière son idénticos á los laberínticos, podría indicarse la afección de que se trata por su nombre, añadiendo, con síntomas laberínticos. Pero esto tampoco es exacto, porque hay casos cerebrales, cerebelosos y acústicos, en los que se presentan síntomas laberínticos sin que sea posible demostrar que existe una afección del laberinto. Creo preferible, á ejemplo de Brunner, Frankl-Hochwart y otros autores, designar con el nombre de síntomas de Ménière todos los casos, pero haciendo una clasificación basada en el sitio de la afección.

El tratamiento de los síntomas de Ménière es el de las diferentes afecciones auriculares en las que los nervios ampulares son excitados por una lesión material del laberinto, por una compresión secundaria ó por una acción refleja. En el primer caso, el más raro, domina el tratamiento general, mientras que en los otros puede emplearse toda la terapéutica auricular. Durante la crisis están indicados el reposo, los antiflojísticos y la supresión de todo excitante.

Para calmar la hiperestesia laberíntica, el sulfato de quinina, administrado á cortas dosis, es el mejor medicamento; después las inyecciones hipodérmicas de pilocarpina; el cornezuelo de centeno no ha sido muy eficaz. Son preferibles los ioduros para la absorción, y desde el punto de vista etiológico (sífilis). En los estados neurasténicos son utilísimos los bromuros. En los demás casos, además del tratamiento general, fundado en la etiología, se emplearán los medios locales, cualquier operación susceptible de suprimir toda compresión del laberinto, desde la simple extracción de un tapón de cerumen la paracentesis de la membrana del tímpano, la ducha de aire hasta la punción de la membrana redonda. Es preciso combatir las afecciones de la nariz, faringe y naso-faringe, no sólo desde el punto de vista etiológico, sino como origen de vértigos reflejos. Jamás he visto obtener resultados con la electricidad; pero la autoridad de Politzer que ha galvanizado con éxito el gran simpático en los casos de la forma angioneurótica de Brunner, anuncia á ensayarla de nuevo.

El Dr. U. Pritchard (de Londres): El vértigo de Ménière puede dividirse en:

Síntomas de Ménière causados por una lesión externa de la parte posterior del laberinto (canales semicirculares).

Enfermedad de Ménière debida á una lesión de la parte posterior del laberinto mismo.

1.° Los síntomas de Ménière pueden ser producidos directa ó indirectamente ó por acción refleja de la parte posterior del laberinto.

a) Por el conducto:

Al hacer una inyección.

Por presión de un tapón ceruminoso ó de un cuerpo extraño.

b) Por el oído medio:

Propagación de un proceso inflamatorio.

Cambio de presión en el catarro crónico.

c) En el interior del cráneo:

Las lesiones intracraneanas influyen sobre los nervios de equilibrio ó sobre sus centros.

2.° La enfermedad de Ménière, propiamente dicha, puede subdividirse en

a) Forma apopléctica:

La lesión es probablemente una hemorragia ó una congestión grave. La causa puede ser traumática, una insolación, ó una alteración de la sangre.

b) Forma epiléptica:

Suele depender de la gota, de una insolación. Esta forma de vértigo coincide de ordinario con el catarro del oído medio.

El tratamiento de los vértigos de Ménière es el de la causa.

En la forma apopléctica de la enfermedad de Ménière, vejigatorios, repo-

so en el lecho, grandes dosis de bromuro ó de ácido bromhídrico. Puede ensayarse también la antipirina.

La forma epiléptica suele mejorar con los bromuros ó el ácido bromhídrico á grandes dosis. En algunos casos se obtienen resultados con el salicilato sódico á la dosis de 7 decígramos.

Tratamiento médico-quirúrgico de la otorrea.—El Dr. C. Miot (de París) (*Conclusiones*): 1.ª La mayor parte de las otorreas curan sin operación, sobre todo en los niños, colocando á los enfermos en buenas condiciones higiénicas;

2.ª En el adulto no se practicará la intervención quirúrgica, excepto en los casos urgentes, sin emplear el tratamiento médico durante cinco ó seis meses;

3.ª Cuando se impone esta intervención, es preciso elegir cuidadosamente el tratamiento operatorio, que varía según el sitio de la lesión.

Tratamiento operatorio de las otitis medias purulentas crónicas.—El doctor T. Heiman (de Varsovia): Es indudable que cuando hay peligro de complicaciones craneanas ó de infección general, y particularmente cuando existen ya estas complicaciones, la operación es de necesidad absoluta. Es también necesaria en el colesteatoma, en las caries de los diversos puntos del temporal y en los de retención del pus; si hay infiltración dolorosa de la apófisis ó fístulas óseas, abscesos congestivos y, finalmente, en la tuberculosis del temporal si el estado general del enfermo es bueno. En todos estos casos la operación es preventiva, profiláctica. La operación está contraindicada cuando la supuración depende exclusivamente de un proceso morboso de la mucosa timpánica.

Nuevo procedimiento de raspado del ático y de ablación de los huesecillos.—El Dr. L. Vacher (de Orleans): Empleo un procedimiento, que consiste en desprender y dirigir hacia fuera la mitad superior del conducto membranoso por medio de dos incisiones horizontales, una posterior y otra anterior, que parten del fondo del conducto. Es preciso que interesen todo el espesor de los tejidos, desde el tímpano hasta el pabellón. La mitad superior del conducto se desprende con una espatulilla roma. Esta mitad superior, desprendida, se atrae al exterior con una pinza de ganchos, después con una legra roma se separa hacia arriba, y fuera este colgajo y el periostio, de modo que quede á la vista más de la mitad ósea de la entrada del conducto.

Esta abertura es suficiente para la ablación de los huesecillos y el raspado del ático después de hacer saltar el muro de la celdilla con el cincel curvo de Stacke. Hasta puede extirparse toda la pared superior del conducto y el cuarto superior de la pared externa. Se obtiene así una gran cavidad que permite raspar el aditus y el antro. Terminada la operación, se coloca de nuevo en su sitio la parte superior del conducto y se mantiene unido con fuerza á la pared supero-externa por una tira estrecha de gasa iodoformada.

Operación radical del oído medio.—El Dr. Baratoux (de París): Hace varios años que empleamos la operación siguiente para curar la otorrea.

Llegamos al antro haciendo una incisión retro-auricular y desprendiendo el conducto membranoso, después de lo cual atacamos con un cincel la pared postero-superior del conducto en la zona cribosa retro-meática. Ha-

cemos saltar la pared externa del ático y abrimos el aditus. Después de raspar y limpiar el hueso con una lima, seccionamos el conducto en toda su longitud de dos tijeretazos; uno en su parte superior y otro en la posterior. El colgajo formado deja una abertura bastante ancha para permitir el tratamiento por el conducto, después de cerrada la herida postero-auricular. La curación se obtiene en uno ó dos meses.

Tratamiento de los zumbidos de oído.—Los Dres. Cuvillier y Vassal (*Medicación interna y revulsión*): Los toques sobre la piel del conducto, los tapones de algodón mojados en substancias medicamentosas, los baños de oídos con líquidos calmantes (morfina, cocaína, beleño, etc.), no producen grandes resultados. La revulsión sobre la apófisis mastoides con la tintura de iodo, las fricciones con el bálsamo de Fioraventi, los vejigatorios volantes y la cauterización punteada en particular, suelen producir una mejoría sensible.

La cimicífuga debe abandonarse. El bromuro y ioduro potásico asociados, son los medicamentos más útiles en los zumbidos dependientes de la otitis esclerosa. En los zumbidos y vértigos provocados por las lesiones del oído interno, la quinina produce con seguridad buenos resultados.

Si los zumbidos son de origen reflejo (afecciones del estómago, del útero, caries dentaria, etc.), el tratamiento se dirigirá contra la causa.

La electricidad (corrientes inducidas, polo positivo en la apófisis mastoides ó en el conducto, polo negativo en la nuca), se ha aconsejado también, pero á causa de la proximidad del cerebro, es preciso emplearla con la mayor prudencia. Además, los resultados obtenidos no han sido los que se esperaban.

Tratamiento mecánico.—Mucho más importante, por disminuir la compresión del laberinto que provoca el hundimiento del estribo en la ventana oval. Si es posible vigilar al enfermo, se practicará cada dos días el cateterismo de la trompa de Eustaquio, y se insuflará directamente aire en la caja. En los casos de zumbidos muy fuertes, es útil saturar el aire insuflado de vapores de éter, cloroformo ó bromuro de etilo. Si no es posible vigilar al enfermo, se aconsejarán las duchas de aire por el método de Politzer.

Las insuflaciones de aire por la trompa de Eustaquio se combinarán con el amasamiento del tímpano y la rarefacción del aire del conducto auditivo externo; de este modo se obtiene la movilización de los huesecillos. Se emplean el espéculo de Siegle ó los diversos amasadores del tímpano.

Como la afección es rebelde y sin tendencia espontánea á la regresión, el tratamiento, tanto interno como mecánico, debe continuarse con paciencia y perseverancia, y en muchos casos se consigue mejorar ó curar los zumbidos de oído.

Sorderas tóxicas.—El Dr. Castex: Los agentes nocivos son bastante importantes y conviene ser conocidos del médico.

El diagnóstico tiene por objeto diferenciar las diversas sorderas tóxicas:

1.ª De las sorderas infecciosas, que tanto se asemejan á ellas (paperas, escarlatina, diabetes, uremia, etc.).

2.ª De las sorderas puramente nerviosas.

3.ª De las sorderas que complican los histerismos tóxicos, en las que no hay lesiones físicas del oído.

El pronóstico es grave.

El tratamiento es poco eficaz. Las corrientes continuas y las inyecciones de pilocarpina no producen resultado alguno. La cuestión es principalmente profiláctica, y como dichas sorderas dependen del empleo de medicamentos (quinina, cloroformo, etc.), es preciso emplearlos con prudencia, sobre todo cuando el oído está ya alterado.

Supuraciones benignas del ático externo. — El Dr. Ricardo Botey (de Barcelona): No se hace en la práctica una distinción radical entre las supuraciones del ático y las del ático externo, á pesar de los notables trabajos de Politzer sobre las lesiones de esta pequeña cavidad.

Entiendo por ático externo el espacio comprendido entre el martillo y el yunque, de un lado, y la pared externa de la caja, del otro; este espacio se encuentra principalmente situado detrás de la membrana de Shrapnell y la pared externa del ático.

Dejando aparte los casos de supuración del ático externo complicados de aticitis, de antritis, de timpanitis, de mastoiditis ó de infección intracraneana, el autor no quiere ocuparse más que de las inflamaciones supurativas estrictamente limitadas á esta pequeña cavidad.

Estudia luego en detalle la anatomía del ático externo, resultando que el techo de la cavidad de Prussak está constituído por un repliegue mucoso, excesivamente delgado, situado en declive en el suelo de la porción superior del ático externo, el cual facilita la detención del pus y la perforación consecutiva de dicho repliegue.

Cita luego seis observaciones reasumidas, destinadas á demostrar que el ático externo puede en ocasiones constituir una entidad patológica completamente separada de los vulgares casos de supuración del ático.

Estas seis observaciones ofrecen algunos caracteres comunes dignos de ser consignados. En primer lugar, llama la atención la secreción sucesivamente escasa que presentan estos enfermos. No huelen mal, pudiendo pasar cuarenta y ocho horas sin lavatorios. La audición está poco alterada, el tímpano absolutamente intacto. La perforación de la membrana de Shrapnell se encuentra casi siempre situada detrás del cuello del martillo, con producción de granulaciones, algunas veces exuberantes, y caries del borde inferior de la pared externa del ático. La caries de los dos primeros huesecillos es relativamente rara, á pesar de estar al descubierto una parte del cuerpo del martillo y del yunque por la perforación. En cuanto á los dolores, que no son muy pronunciados, no van generalmente acompañados de vértigos y de zumbidos intensos.

La relativa benignidad de la localización de la supuración al ático externo, sin caries de los huesecillos, ha llamado mi atención. La aticitis externa es casi siempre una consecuencia de las otitis medias difusas que invaden el oído medio en totalidad, acabando por localizarse en el ático externo; por otra parte, el estudio anatómico de esta pequeña cavidad explica fácilmente que el pus pueda alojarse entre la extremidad superior de los dos primeros huesecillos y la pared externa del ático, perforando después el suelo del departamento superior del ático externo y cayendo en la cavidad de Prussak.

Concíbese, por otra parte, perfectamente, que existiendo múltiples adherencias y espesamientos conjuntivos que pueden formarse en la porción su-

perior del ático externo, como consecuencia de la inflamación, estos procesos supurativos pueden localizarse en estos pequeños espacios cavitarios independientemente del ático interno, del antro y de la caja.

Ordinariamente, la inflamación oblitera las pequeñas aberturas de la porción superior del ático externo, y el proceso morboso se limita al ático interno y á la caja. Existen casos en los cuales la supuración no sólo ocupa el ático externo, sino además el resto del oído medio. En todos estos casos, como en aquellos en los cuales la supuración se encuentra exclusivamente localizada en el ático externo, es siempre la infección debida al antro. La cabeza del martillo, el cuerpo y la corta apófisis del yunque forman, con la pared externa del ático, un canal, en el cual cae el pus vertido por el ángulo inferior del aditus, dividido en dos pequeños canales por la punta de la apófisis horizontal del yunque. Esta progresión del pus hacia el ático se encuentra favorecida en ocasiones por bridas y puentes membranosos inflamatorios que obstruyen el ático interno.

En cuanto al tratamiento, los cuidados minuciosos de limpieza con los lavados por medio de la cánula de Hartmann, el raspado de los puntos cariados de la pared externa del ático, la cauterización con el cloruro de zinc puro ó el ácido crómico, etc., bastan casi siempre, sin recurrir á la extracción de los huesecillos ó á la operación de Stacke, en caso de que únicamente esté interesado el ático externo.

He calificado estas supuraciones de benignas para distinguirlas de los casos más comunes de aticitis externa complicada de supuración del ático interno, del antro y de la caja, perfectamente diferenciables en la mayoría de los casos.

El próximo Congreso internacional, se celebrará en Madrid.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del 21 *de Noviembre de* 1900.

Herida transversal del cuello; herida de la tráquea; suturas; curación.—El Dr. Picqué: Este caso clínico ha sido recogido por Mesnard, interno de los Hospitales, y se refiere á un alienado que intentó cortarse el cuello. Había una amplia herida de 13 centímetros; los tegumentos y la tráquea estaban cortados, y esta última en la extensión de dos anillos. Mesnard aproximó, por medio del catgut, los bordes de la sección, y suturó, después, los tegumentos, obteniéndose la reunión por primera intención. He vuelto á ver el operado al cabo de muchos meses, y no presentaba ninguna alteración de las vías respiratorias, y al examen interno de la laringe se observa una cicatriz blanca y lineal.

Cirrosis hepática y colecistostomía.—El Dr. Michaux: Hace algunas semanas el Dr. Pouchet nos comunicó la observación de una mujer de treinta y tres años, alcohólica, que, desde hace dos años, y después de una escarlatina, ha tenido ligeros dolores en la región del hígado, como si se tratara de crisis de hepatalgia. En el mes de noviembre pasado se observó una tume-

facción notable, por debajo de las falsas costillas, sin ictericia y sin cambio de la coloración normal en las deposiciones y en la orina. Abierto el abdomen, se vió que la vesícula, de capacidad normal, contenía un poco de líquido; el hígado no era grande; había lesiones de perihepatitis; se practicó una colecistostomía; la bilis contenía colibacilos. A consecuencia de esta abertura, la fístula cutánea dió salida, al principio, á una notable cantidad de bilis, y al cabo de algunos meses, á una cantidad menor. En vista de que no había más dolores, ni colibacilos en la bilis y el estado general era bueno, el Dr. Pouchet se decidió á cerrar el trayecto cutáneo.

Esta observación pone sobre el tapete dos cuestiones: una de diagnóstico y otra referente á la intervención terapéutica en las cirrosis. En lo que atañe al diagnóstico, diré que no había lesiones de cirrosis, ni los síntomas eran los propios de esta enfermedad. Se trató de una angiocolitis ligera, como lo han evidenciado los colibacilos de la bilis. He observado, recientemente, un caso de hígado grande, consecutivo á la infección biliar, en un hombre de treinta y cuatro años, que se quejaba de dolores muy intensos. Hice la laparotomía, y encontré un hígado voluminoso muy colorado, con islotes claros y ganglios aumentados de volumen; no había obstrucción del colédoco; la laparotomía exploradora fué seguida de un buen resultado. También se obtiene en los casos de cirrosis con ictericia. En los casos antiguos, con ictericia y obstrucción, podemos elegir, entre una fístula cutánea, una fístula gástrica ó una fístula intestinal. Para mí, la fístula cutánea es la de elección, y es el mejor medio de establecer un buen desagüe. En resumen, en casos de cirrosis, creo que la intervención será tanto más favorable cuanto antes se practique. Para los hígados voluminosos, la laparotomía da con frecuencia buenos resultados.

El Dr. Hartmann: Como nuestro colega, no veo nada en la observación del Dr. Pouchet que legitime el diagnóstico de cirrosis, y no encuentro las indicaciones de la colecistostomía que ha sido practicada. He practicado una laparotomía exploradora en las mismas circunstancias y, sin hacer otra cosa, mi enfermo ha curado. Creo que estas curaciones son debidas en gran parte al reposo consecutivo á la operación, durante el cual se obtiene la descongestión del hígado y la desinfección del intestino. En cuanto á las fístulas cutáneas, conviene hacer constar que pueden cerrarse espontáneamente, puesto que de ello se han citado ejemplos.

El Dr. Terrier: Si conocemos la patología calculosa biliar, y si las indicaciones operatorias son bastante claras, es necesario reconocer que la práctica operatoria en estos casos está con frecuencia rodeada de dificultades. En cuanto á la cirrosis, diré que es una incógnita para los médicos, lo propio que para los cirujanos.

El Dr. Delbet: No es dudoso que ciertos cirróticos se mejoran con la laparotomía exploradora, como he tenido ocasión de observar en dos casos. Sin querer abordar la cuestión de la cirrosis, se sabe que las lesiones hepáticas son de naturaleza irritativa. Se admiten cirrosis biliares debidas á las alteraciones microbianas de la bilis, en cuyo caso no encuentro nada de irracional en intentar la cura por el desagüe de dicha secreción.

Codina Castellví.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 2 de Noviembre de 1900.

Lepra maculosa.—El Dr. Neumann: En el enfermo que aquí presento se sabe, como dato seguro, que ha dormido durante mucho tiempo en la misma cama que un hermano suyo que padecía de lepra, y que este hermano, á su vez, había adquirido la enfermedad durante su infancia de una mujer procedente de fuera.

Desde que se conoce el origen bacteriano de la lepra, se multiplican los casos en que se sabe haberse contraído la afección por contagio, ya inmediato, ya mediato. Parece, sin embargo, que la transmisión de la enfermedad no debe ser fácil, porque es muy corto el número de casos en que hasta ahora se ha podido demostrar en la práctica la realidad del contagio. Esto, no obstante, siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de que esto suceda y tomar las precauciones necesarias para prevenir tal peligro, las cuales, en la actualidad, sólo pueden consistir en el aislamiento de los leprosos. Respecto al caso actual, lo que presenta de más interesante es su semejanza con la urticaria. El estado actual es el siguiente: la piel de la frente tiene un color algo pardusco: las cejas y los párpados están abultados. Además de esto, el párpado inferior derecho está más edematoso que el izquierdo. La lesión cutánea recuerda el cloasma, pero en este caso existe la diferencia de que si se levanta un pliegue de la piel, se ve que está infiltrado. También se aprecia una hinchazón edematosa en los carrillos, que aparecen abultados á manera de rodete. En la cavidad bucal no existe ninguna alteración patológica: lo mismo acontece en las fosas nasales. El cuello y la nuca aparecen cubiertos de numerosas manchas irregulares, de un tamaño que varía entre el de una lenteja y el de una judía, y de un color pardo obscuro y sumamente pigmentado. La infiltración es muy poco marcada en estos puntos. En el dorso de las manos y de los piés todavía es más pronunciado el edema; en estos sitios aparecen muy profundas las depresiones y la piel brillante, arrrugada y con muchos pliegues; en cambio, las palmas de las manos están algo engrosadas, y su piel aparece de un color que oscila entre el rosa subido y el rojo claro. Hinchazones edematosas del mismo género se encuentran también en los dorsos de los piés, y en las piernas se ven numerosas eflorescencias de un color rojo lívido, perfectamente circunscritas y del tamaño de perdigones, de las cuales las más pequeñas presentan mayor consistencia, y, en cambio, en las mayores ya ha desaparecido su dureza. En el resto de la superficie cutánea se ven numerosas manchas morenas y de forma irregular, de las cuales unas aparecen aisladas y otras formando grupos, siendo de notar que varía mucho de color, pues así como las que existen en la pared abdominal tienen un color moreno claro, las que se ven en la pared torácica y en la piel de la espalda aparecen todas ellas de un color pardo completamente obscuro. La exploración que se ha practicado con la aguja no revela el menor trastorno en la sensibilidad.

Miotonía congénita.—El Dr. Mahler: El enfermo de veinticuatro años que aquí comparece, es un caso de miotonía congénita ó enfermedad de Thom-

sen. Sus padres eran parientes consanguíneos, y, según se dice, este sujeto ya viene presentando cierta torpeza en los movimientos desde las primeras épocas de su existencia, puesto que sentía algo de tensión en las extremidades cada vez que intentaba ejecutar cualquier movimiento. Esta misma dolencia fué causa de que se le declarase inútil para el servicio de las armas. Practicado el examen eléctrico se descubre la reacción miotónica que Erb indica como propia de los casos de esta naturaleza. También se presenta la reacción miotónica cada vez que se practica la irritación mecánica de los músculos. Sabido es que lo que caracteriza á esta reacción es la contracción tónica con formación de una depresión ó surco, y la gran persistencia de la contracción muscular.

Descenso del bazo.—El Dr. Tandler: Al practicar la autopsia del cadáver de una mujer, encontré que el bazo estaba, como se ve en la preparación que aquí presento, en la fosa ilíaca izquierda. Si se levanta el bazo se ve que se puede mover con toda libertad, porque pende de un mesenterio muy largo. Por el hecho de no haberse adherido el mesogastrio axial, también han quedado con una movilidad completa la cola y el cuerpo del páncreas.

Criterquidia complicada. — El Dr. Tandler: Aquí presento una preparación que se refiere á una lesión patológica, cuya etiología habría que relacionar con la génesis de la criptorquidia. En un recién nacido del sexo masculino, el testículo izquierdo está adherido íntimamente, y en una gran extensión, á la flexura sigmoidea, existiendo además un pliegue peritoneal que se dirige á esta porción del intestino. Es evidente que, en este caso, ha habido un obstáculo que ha impedido el descenso del testículo, y es, por lo tanto, muy probable que dicho obstáculo haya sido en el caso actual la causa de la criptorquidia izquierda. Lo que ya no me atrevería á afirmar es si la adherencia en cuestión deberá atribuirse á una peritonitis fetal.

Vicios de desarrollo múltiples.—El Dr. Tandler: Al practicar la autopsia del cadáver que aquí presento, y que procede de un niño que se murió á las cincuenta y cuatro horas de haber nacido, se encontraron un gran número de vicios de desarrollo, sumamente interesantes. El que ocupa el primer lugar en tal concepto, es la falta completa del riñón derecho y del ureter correspondiente. El riñón izquierdo aparece como un cuerpecito de superficie desigual y del tamaño de un centímetro. En el lado derecho no se encuentra el menor indicio de vasos renales; en el izquierdo se ve una vena renal muy poco desarrollada y una arteria renal del calibre de un hilo de coser muy delgado. Al dar un corte que interesaba en todo su espesor el rudimento renal, nos pudimos convencer de que la mayor parte de dicho rudimento estaba constituída por la pelvis renal engrosada. Todo el aspecto que presenta el riñón, hace sospechar que en él apenas debía existir ninguna porción del mismo que se hallara en disposición de segregar.

Alopecia areata.—El Dr. Kienböck: Aquí presento un caso de alopecia areata de la cabeza, de forma grave, y que ha sido tratado con éxito por medio de los rayos Röntgen. Con objeto de que el tratamiento pudiera tener al mismo tiempo carácter de experimento, sólo se aplicó en un principio á la mitad anterior de la cabeza. Ahora bien, en la zona correspondiente en que actuaron los rayos X, no tardaron mucho en caer todos los pelos del vello y de color amarillo que en la misma existían, y en la actualidad, ó

sea á los dos meses, se han desarrollado nuevos pelos, pero con sus caracteres normales, y, por lo tanto, vigorosos y de color obscuro. En cambio, el resto de la cabeza, que no se había expuesto á la acción de los rayos X, se encuentra todavía en su antiguo estado patológico de alopecia. No cabe, por lo tanto, abrigar la menor duda de que en este caso la radioterapia ha sido la causa de la depilación y del nuevo desarrollo de un pelo normal. Para explicar el efecto favorable que los rayos X producen en casos como el actual, lo mismo se puede invocar la teoría micósica de la alopecia, que aquella que atribuye esta afección á una trofoneurosis.—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la ciática por el salófeno. — El Dr. Ghetti ha empleado con éxito completo las inyeciones de salófeno en dos casos de ciática antigua y rebelde. Preparó una disolución acuosa alcalina de salófeno al 10 por 100, y la inyectó en la región glútea haciendo una inyección cada tercer día. Después de la sexta inyección, los enfermos principiaron á notar mejoría. A las quince inyecciones pudieron abandonar el lecho, y á las treinta la curación era completa. No han vuelto á padecer ciática.

(*Gazz. degli Ospedali*).—CODINA.

Punción exploradora en la pneumonía crónica. — En la Sociedad Médica de Liverpool, ha referido el Dr. Mac Acister varios casos de pneumonías crónicas, en las que obtuvo la resolución después de una punción exploradora. El Dr. Blair Bell citó también otro caso en el que obtuvo por el mismo medio, idéntico resultado. Es de creer que en estos casos el pulmón se halla inflamado, y que la punción obra de igual manera que la incisión con el bisturí hecha en los tejidos inflamados. Las punciones deben hacerse con un trócar largo para obtener una verdadera sangría. Solo están indicadas cuando la hepatización no tiende á resolverse.—(*Britsh Méd. Journal*).—F. TOLEDO.

La demencia paralítica en el concepto médico legal. — El Dr. Norman manifestó en una de las sesiones de la Real Academia de Medicina de Irlanda, que los paralíticos incipientes no es raro que cometan delitos en un período muy temprano de su enfermedad. Estos delitos son muy principalmente de tres clases: actos violentos insensatos y bestiales, atentados contra el pudor, debidos en parte á la debilidad del entendimiento, y en parte á la mayor excitabilidad sexual, y por último, hurtos. Respecto á este último punto, no es exacto, como muchos creen, que esta clase de hurtos se realizan siempre sin intención y sin premeditación. En la parálisis incipiente, el hurto hecho con astucia y cálculo constituye á veces el primer síntoma.

El Dr. Cameron hizo notar con este motivo que en muchos casos uno de los primeros síntomas de la demencia paralítica es un olvido de las cosas, que se presenta de pronto. También es frecuente observar una palabra trémula mucho antes de iniciarse la enfermedad propiamente dicha. En cambio, en

otras personas los primeros síntomas son actos de violencia aislados y sin motivo alguno, no siendo raro observar estos síntomas precoces precisamente en personas muy inteligentes.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*)—R. del Valle.

Tratamiento del prurigo por el alumbre. — Este tratamiento es tan sencillo como eficaz. El Dr. Albert recomienda lavar varias veces al día las partes afectadas de prurigo con un tapón de algodón hidrófilo mojado en una disolución de alumbre al 10 ó 30 por 100. La disolución de alumbre debe usarse tibia y frotar con ella la piel durante algún tiempo. Basta de ordinario una sola aplicación. Este tratamiento es eficaz también en los eritemas urticosos y en la variedad senil que es pruriginosa en alto grado.

(*La Med. moderne*).— F. Toledo.

Fortoïna.—La fortoïna es una formoaldehido-cotoïna obtenida por la acción del aldehído fórmico sobre la cotoïna. El Dr. Overlack, que ha experimentado dicho medicamento en treinta casos de diarrea, dice que es eficaz y que ejerce su acción curativa favoreciendo, por la dilatación de los vasos abdominales, la nutrición de la mucosa intestinal y acelerando la regeneración de los epitelios descamados. Se usa á la dosis de 25 centígramos tres veces por día. Se ha empleado también como bactericida en la amigdalitis supurada (tres toques diarios con 50 centígramos de fortoïna en 5 centígramos de alcohol y 45 gramos de agua destilada) y en la blenorragia (lavatorios con 1 gramo de fortoïna en 10 centígramos de alcohol y 150 gramos de agua).

(*Journal med. de Bruxelles*).—Codina.

Cura radical de la fístula del conducto de Stenon por un procedimiento nuevo. — Para la curación radical de la fístula del conducto de Stenon, los doctores Dujardin y Gulikers, emplean el procedimiento siguiente:

Primer tiempo. — Incisión siguiendo una línea dirigida desde el lóbulo de la oreja á la comisura bucal.

Segundo tiempo.—Descubrimiento y disección del conducto y de la prolongación masetérica de la glándula.

Tercer tiempo.—Desprendimiento de la glándula con el borde posterior del masetero.

Cuarto tiempo. — Desprendimiento de la cara interna del masetero de la cara externa de la rama ascendente al maxilar inferior. Perforación de la mucosa bucal.

Quinto tiempo. — Introducción del conducto en el trayecto formado y fijacion de él á la mucosa por una sutura.

Sexto tiempo.—Sutura de la piel.

(*Annales de la Soc. belge de chirurgie*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU DIAGNÓSTICO Y DE SU TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

POR EL

DOCTOR D. ARSENIO MARÍN PERUJO

Profesor libre de enfermedades del aparato digestivo. Madrid.

(Continuación).

TRATAMIENTO DEL CÓLICO HEPÁTICO

El *tratamiento médico* del cólico hepático, tiene límites extensos. Precisaré, siquiera en gran síntesis, la lista de factores curativos. Mucho es lo propuesto; poco lo bien determinado.

Si el criterio localicista á la exclusiva se impone, si se cree que los procesos patológicos primitivos de la vesícula, que tan fácilmente determinan los procesos secundarios operables, no tienen nada que ver en ningún caso, ni aun en sus comienzos, con inercias, acideces, retardos é infecciones que radican en el organismo entero y que dan *determinaciones* patológicas en unos ó en otros órganos, en el biliar, por ejemplo, sin las cuales el colibacilo que aspira á la invasión, siempre que encuentra *terreno dispuesto*, la descamacion epitelial, ó la precipitación de una partícula de moco ó de pigmento como núcleo para un cálculo, significan poco ó nada en muchísimos casos; si los progresos quirúrgicos turban la serenidad del ánimo y dan, tanto como competencia, impaciencias sólo satisfechas con lo aparatoso, con lo que á sentidos poco educados causa mayor efecto, entonces habría que suprimir el tratamiento médico de la colelitiasis y del cólico hepático, disponiéndose á oir á toda hora el pobre argumento que consiste en decir que la medicina no tiene poder para disolver los cálculos de las vías biliares ni para su expulsión, cosa esta

última que, dicen algunos, realiza la naturaleza con ó sin ayuda del médico.

Esta es una exageración, por no decir una vulgaridad.

Nada de remedios, como el de Durande, que pretenden disolver los cálculos; nada de creer que con tal ó con cual fórmula se evitará la litiasis ó se expulsarán indefectiblemente y sin dificultad mayor los cálculos.

Pero aun sin esto, la medicina tiene poder curativo innegable, y en los casos graves todavía desempeña un gran papel, ilustrando al cirujano é iniciando la indicación del acto operatorio que puede salvar al enfermo.

Tratándose del *cólico hepático*, de la crisis dolorosa, soy partidario de una intervención muy sencilla al principio.

Después de la correspondiente comodidad en habitación, en vestido, etc., según las circunstancias, conviene precisar bien la dieta, cosa que, en honor de la verdad, se descuida bastante. El dar alimentos, sobre todo sólidos, en las treguas de la crisis, con la disculpa de la debilidad que, caso de ser real, puede depender del estado nervioso, de la infección, etc., es procedimiento torpe, que debe evitarse de diez veces nueve.

A lo sumo se permitirán algunos caldos *ligeros*, infusiones digestivas suaves y, mejor, agua, á la cual se agrega carbonato de sosa (Prout), que aminora el esfuerzo de la náusea repetida, del vómito seco insistente, etc., y que calma, en fin, si no siempre, muchas veces. Si no se trata de personas agotadas, lo más general será emplear la dieta absoluta, pero no sólo durante el cólico, sino horas, y, en ocasiones, uno ó dos días después. Por tomar alimentos inadecuada ó prematuramente, aparece una crisis no bien ha terminado otra, ó surgen en el acto molestias de flatulencia, de indigestión ó de esfuerzo expulsivo infructuoso, siendo responsables de estos *pseudo-cólicos* las ingestiones extemporáneas, y haciéndose así interminables las crisis hepáticas, las molestias gástricas, las treguas y las exacerbaciones.

La misma sencillez debe haber en la terapéutica.

No puedo precisar datos estadísticos en este punto, pero sí puedo asegurar que son muchos los casos de cólico hepático que se han calmado con las *aplicaciones de agua caliente* en la región afectada, cuando se preparaba el baño ó la inyección de morfina ó aun después del uso ineficaz de éstos. Mi experiencia confirma la de tantos médicos que recomiendan las aplicaciones de agua muy caliente

(bolsas de goma, cataplasmas, paños). Menos eficaz es el *calor seco.* Las *aplicaciones de agua fría,* aunque de acción menos segura, y aun en algunos casos perturbadora, suelen probar bien. Entre otros, recuerdo el caso de un señor de Montilla (Córdoba) á quien asistí en una crisis de cólico hepático alarmante. Todos los medios resultaban ineficaces; se me ocurrió aplicar al enfermo una sábana mojada en agua fría y después exprimida; el bienestar fué casi instantáneo y, por lo que se ha visto después, duradero.

Son muchos los enfermos que no sienten alivio suficiente con el baño, con la inyección de morfina, con el enema de cloral, con la inhalación de cloroformo, etc., y que se calman precisamente con los medios más sencillos, que, por lo mismo, no han de olvidarse y mucho menos desdeñarse, porque esto revelaría torpe petulancia.

Nunca se insistirá bastante sobre los inconvenientes del uso de los purgantes en pleno cólico hepático, y aun en las treguas de bienestar de una crisis dolorosa, cuando precisamente se necesita calmar más que espasmodizar. Una vez terminado el cólico, aun suponiende que éste sea originado por colecistitis sin cuerpo extraño de expulsión, puede emplearse el laxante que sea más adecuado, el cual arrastrará entonces el cálculo, la bilis de mala calidad, el moco, etc., que *han llegado al duodeno,* y que deberán recorrer cuanto antes el largo trayecto intestinal, ayudados ó no por enemas de limpieza y aun ligeramente desinfectantes.

Otra cosa es el *enema aceitoso.* No sólo puede, sino que debe emplearse en bastantes enfermos, especialmente cuando predomina el espasmo. Esa lenta y suave inyección de aceite puro, calma algunas crisis dolorosas.

La *ingestión de gran cantidad de aceite,* todavía subsiste como útil. La indicación la da la tolerancia del estómago. Si este órgano no protesta y si el asco no es profundo, deben darse 150 á 200 gramos ó más de aceite, ya en el cólico hepático, ya después de éste, cuando cabe suponer la repetición de la crisis. Pero este medio, que considero eficaz dentro de la siempre condicional acción curativa de los medios terapéuticos, debe reservarse para el caso en que resulten de ningún valor los medios anteriores.

Las cápsulas de *éter amilvaleriánico* tienen acción contra el espasmo de los conductos, y pueden evitar muchas veces el uso de la morfina. Yo las uso bastante.

El *salicilato de sosa,* hoy tan usado, y con razón, en los procesos de las vías biliares, puede emplearse en el cólico hepático. Inconve-

nientes no he visto con el uso adecuado de este medicamento, que aumenta la secreción biliar.

He experimentado muy poco el uso del cloroformo en inhalación, pero creo no hará prosélitos este calmante especial, menos preciso y menos sencillo que el opio y la morfina.

El *éter*, el *enema de cloral* (la lista sería interminable), aunque inseguros, merecen tenerse en cuenta en el tratamiento.

La *glicerina* es, según mi experiencia, de acción menos precisa y segura que el aceite.

La *revulsión* es arma de dos filos. Puede calmar al instante, es cierto, pero puede perturbar más. Efectos tan opuestos he apreciado con la aplicación de la *hoja sinapizada*, la cual podrá emplearse como recurso casi final.

Pero la verdad es que en las crisis algo intensas se acaba por usar, si es que ante la severidad del ataque no se usó en los comienzos de éste, la inyección de morfina, sólo discutida ante la gran repetición, que puede llevar al morfinismo. Una inyección de morfina restituye como de la muerte á la vida, al individuo. No por muy popular el remedio es menos digno de atención, y él sólo, llevando la calma y la felicidad, algunas veces por *toda la vida*, á tantas personas, representa el poder de la Medicina.

La morfinomanía, la contraindicación..... No me convence el argumento. Si hay gran crisis, la inyección de morfina, á no mediar susceptibilidades muy especiales, se impone. ¿Que origina un mal? Pues será el *mal menor*. Por lo demás, he visto individuos que han usado enormes dosis del alcaloide y que no han tenido novedad en su salud.

La cuestión es que esté indicada. No es tan difícil precisarlo, sobretodo si han resultado ineficaces otros medios terapéuticos. La morfina tomada en ingestión, ya es bien sabido, no admite comparación desde este punto de vista; sin embargo, al dejar formulada la disolución de morfina para algunos enfermos, á los que prevenía que tomasen algunas gotas, por si esto les dispensaba de la inyección, á la que se oponían, he observado que muchos se calmaban como hubiera podido calmarles ésta. De todos modos, hay que prevenirse, mucho para no autorizar ni consentir el abuso.

Medio muy suave, aunque de no fácil preparación en la mayor parte de las circunstancias, *el baño*, suele emplearse cuando se ha temido á la morfina ó cuando ésta ha sido ineficaz. Es un medio curativo excelente que, con la morfina en primer término, representan dos recursos admirables para el cólico hepático.

Fácil es prodigar listas de remedios. ¡No tan fácil es indicar remedios más ventajosos que los expuestos!

Después del tratamiento del incidente, conviene ocuparse del tratamiento de la enfermedad.

La minuta del colelitiásico no se ha de dejar al azar, y menos hará esto quien esté convencido de que los *estados constitucionales*, la *gula*, la *calidad de los alimentos*, la extraordinaria facilidad con que los productos de una mala digestión, los *venenos*, llegan al hígado y le infectan, le congestionan, alteran grosera y después irremediablemente su *trama conjuntiva*, llegando á veces á hacer la *célula hepática insuficiente* para su gran labor de *biligenia*, de *ureogenia*, de *glicogenia*, de *adipogenia*, de *cromatogenia*, de actividad contra los *venenos* y respecto á su acción con las *grasas* ya conocidas, y que los modernos investigadores ilustran cada vez más con interesantes detalles en libros y Revistas.

El pecado mortal dietético para el que padece del hígado ó de cálculos de las vías biliares, es la *grasa* (la proposición no es absoluta, especialmente si se trata del flaco y quebrantadísimo colelitiásico, pero sí casi absoluta). He visto que una, no grande, ración de *carne fresca de cerdo*, originaba casi en el acto una intensa ictericia ó el gran cólico hepático. El tocino, las grasas groseras en las gentes modestas, y las cremas, los quesos y las salsas grasosas, en otras clases de la sociedad, dan lugar fácilmente á ataques de cólico hepático ó de ictericia angio-colítica. El jamón no grasoso, salado ni reciente, y que corresponda á animal joven, no tiene estos inconvenientes.

Cuestión de duda es si los colelitiásicos (aludo principalmente á los que expulsan cálculos en los cuales haya gran predominio de *colesterina*, que son más ó menos blancos, mientras que los que abundan en pigmentos biliares son negruzcos, y los que tienen gran cantidad de cal son más ó menos grises, etc.) pueden tomar huevos. La yema representa una grasa. Está emulsionada, es suave; pero le corresponde la propiedad de los alimentos grasosos, y en este concepto debe, por lo menos, limitarse mucho, ya que no puede proscribirse casi nunca por ser uno de los principales recursos dietéticos.

Los *sesos*, etc , no deben entrar en el *menú* de estos enfermos. Cosa análoga sucede con el chocolate..... de cacao, ó aun con el muy barato y *feculento*, si le adicionan grasas de otra especie.

La *carne* es permitida, poca al robusto, en regular cantidad al débil, pero siempre, *de animal joven*, y usando el *músculo limpio*, sin

residuos, etc., no carne cruda ó casi cruda (es cierto que puede alimentar más, por ejemplo, como dos, pero será más fácil que se indigeste como cuatro), ni desubstanciada por la cocción, como hacen las clases modestas en España, ni confeccionada en frituras grasosas, en condimentos estimulantes, en disfraz culinario complicado, etc.

Los pescados *blancos* son recomendados, pero *recientes*, sin confección grasosa, etc. Si es pescado azul, si aun siendo blanco está pasado, las toxinas van ya formadas y el hígado las aprovecha todas.

El *régimen vegetariano* suave es conveniente, pero en los justos límites que impongan las circunstancias individuales, ya predominante si hay resistencias, ya de un modo secundario, si no las hubiere, y cuidando siempre de que las *verduras* estén muy cocidas, sin vestigio de residuos ni filamentos, y que las frutas (*ciruelas*, compota de *manzana* ó manzana asada, *uva*, etc.) estén maduras, pero no muy azucaradas. Dar ácidos á una bilis ya ácida, bien los directos (ácidos fuertes; no en absoluto tampoco, pues el zumo de limón prueba bien á veces), ó los indirectos (azúcar, vinos y postres azucarados, y aun gran cantidad de ciertos feculentos), es una contradicción.

La *leche* representa el eterno argumento de las disputas dietéticas sobre su conveniencia ó inconveniencia. En algunas de mis Monografías se habla extensamente de este asunto, que no puede resolverse *a priori*, sino particularizando. Bien, muy bien, prueba á muchos enfermos, como que en éstos equivale á un alimento medicamento, diurético, antitóxico, atemperante. Pero en algunos individuos, probablemente por el elemento grasoso ó crema que lleva consigo, la leche no se digiere ni aun acaso se tolera; en casos tales, antes de darse por contrariado el profesor, y cuando la indicación de la dieta láctea parece imponerse, puede recomendar leche de animales no muy bien alimentados, ó leche de burra, ó leche de vaca, ó de oveja, ó de cabra, á la que se adiciona agua; el *suero* es útil en tales circunstancias.

El *agua* en bebida es asunto capital en la colelitiasis. En la provincia de Ciudad Real y en otras de España, por lo menos en ciertas regiones, abunda la litiasis biliar por el uso del *agua caliza*. Muchos enfermos, al mudar de localidad y, por tanto, de aguas, mejoran extraordinariamente, cosa que á veces ocurre aquí mismo en Madrid con el agua fina del Lozoya.

Tengo noticias de bastantes enfermos que mejoraron y hasta lo-

graron verse libres de cólicos, por el uso del agua adecuada que necesitaban, y que obtuvieron por el casual ó el deliberado cambio de residencia, siendo éste un asunto terapéutico que merece muchísima atención por parte del médico.

No estoy por el *sifón*, á pesar de que reina triunfante en todas partes. Ingerir gas artificial podrá provocar por el momento una contracción provechosa, con la consiguiente eructación agradable, y hasta con sensación manifiesta de bienestar gástrico; pero el *abono* á la ingestión de *aguas gaseadas* es inconveniente.

Ya no es lo mismo si se trata de *aguas minerales*, asunto que ocupa la atención de muchos profesores y acerca del cual todavía reina alguna confusión.

A poco que se fije la atención en las estadísticas de los balnearios, se observa que las aguas *gaseosas naturales*, ya alcalinas, ya ferruginosas, etcétera, tienen acción especial curativa en la colelitiasis. El ácido carbónico activa el poder motor de la fibra muscular lisa; es á modo de un tónico de las vías biliares, además de ser el agua que lo contiene *diurética*, y por tanto, antitóxica y eliminadora de la bilis derramada (ictericia, etc.), estableciéndose como un *lavado* muy conveniente en dichos casos.

Las *aguas alcalinas* son ventajosas en las enfermedades de las vías biliares. A las ventajas anteriores, como aguas que contienen ácido carbónico, se agregan las correspondientes al elemento alcalino, al *bicarbonato sódico*, medicamento natural que *alcaliniza la bilis* ácida, *disuelve el moco* de los conductos excretores, *rebaja la inflamación*.

Las *cloruradas y las sulfatadas sódicas* (Cestona, Carlsbard, etc.), son ventajosas cuando conviene la derivación intestinal, el efecto colagogo, como sucede en el éxtasis biliar, ya sea de las vías accesorias (vesícula, conducto cístico), ya de las vías principales (conducto hepático, conducto colédoco) ó en la misma red del parénquima hepático (hígado biliar, infartos, etc.), siempre que no haya espasmos ó procesos agudos de oclusión, en cuyo caso aumentaría el mal en lugar de disminuirlo.

Hasta en la balneación de las *aguas termales* de diferentes clases se encuentran muy buenas indicaciones cuando se necesita *auxiliar* al hígado y al organismo artrítico, por la actividad de la piel.

A muchas consideraciones se presta el asunto de la terapéutica hidromineral considerada en sí y en los elementos de adición que le acompañan (mesa, cambio de residencia, inocupación profesio-

nal, etc.), sobre todo, el *ejercicio*, la *vida activa*, la *calma de espíritu*, la *distracción*; pero no es posible en un breve estudio consignar todos los detalles, por otra parte no necesarios.

Excepciones aparte, el colelitiásico necesita laxación *constante* y *suave*. No estoy por purgantes enérgicos dados periódicamente. Yo doy preferentemente las sales de Carlsbard (cucharadita de las de café, de las de postre y á veces de las de sopa en ayunas, ó dos ó tres veces en semana, en taza grande de agua algo *caliente*, ó de ligerísima infusión de manzanilla, tomando el enfermo todo el líquido de una vez, si hay regular tolerancia gástrica, ó en dos ó en tres veces si se teme vómito, peso gástrico ó náusea. Fácilmente formulo, especialmente para los enfermos menos pudientes, la sal de Carlsbard artificial (las hay de diferente graduación; la más usada es: sulfato de sosa, 4; bicarbonato de sosa, 2 ó 3; cloruro sódico, 1; para mezclar).

Si el llamado *efecto colagogo* no se obtiene fácilmente, apelo á uno de los purgantes ya conocidos (generalmente la *evonimina* ó la *tintura acuosa de ruibarbo*, preferidas por mí), ó el mismo áloes, podofilino, cáscara sagrada, etc., etc., haciendo buen conjunto terapéutico dar, si se hace preciso, el resinoso por la noche, y el salino indicado ú otro por la mañana. Si este último no da resultado apelo al vulgar, pero siempre ventajoso aceite de ricino, dándolo capsulado para prevenir el asco.

No estoy por fuertes *vomitivos*, empleados todavía por algunos médicos; suelen originar perturbaciones que conviene evitar.

La ictericia persistente tiene una buena indicación en los *diuréticos* (*boldo*, etc).

Los alcalinos, el ioduro de sodio, etc., modifican favorablemente el estado general artrítico, cuando éste existe y parece que da carácter de subordinación al proceso angio-colecistítico. Entonces cuidar la *piel* (gran ejercicio, gran ocupación, masaje, gimnasia, sports, rusticación, baños termales, cuidados prolijos para sostener el equilibrio de la función cutánea, que se pierde por causa fútil, sobre todo cuando se traspira algo más y no se sostiene la reacción), es cuidar el hígado y el organismo entero.

El *salicilato de sosa* conserva su puesto como desinfectante y también como de fluidificante de la bilis. Tan ventajoso es algunas veces el mismo salol, el benzoato sódico y otros medicamentos análogos.

Un *medicamento* en boga en la antigüedad vuelve á ocupar un puesto en la terapéutica moderna; me refiero á la *bilis de buey*, que

he empleado no pocas veces con éxitos variables, pero en conjunto muy dignos de atención.

En la colelitiasis que deprime el organismo, los *tónicos*, las aguas ferruginosas, etc., etc., están indicados.

Las *atonías vesiculares en los débiles no requieren purgantes, sino restauradores.*

Gran parte de los agentes de la terapéutica podrían indicarse, pero esto representaría la difusión más que la precisión terapéutica. Sí diré que la *litina* debe emplearse en esta litiasis tanto como en la renal.

El *tratamiento quirúrgico* del cólico hepático ocupa hoy la atención de muchos profesores.

La división de opiniones entre abstencionistas é intervencionistas queda establecida al momento.

Unos, sin que dejen de reconocer los grandes progresos de la cirugía moderna, juzgan que la intervención quirúrgica en las enfermedades de las vías biliares es todavía excepcional, y á la que no debe recurrirse sino después de quedar bien probado que son ineficaces los recursos de la medicina, cuando los procesos supurativos, los grandes y repetidos paroxismos, el temor inminente de perforación de la vesícula, la obstrucción biliar positivamente invencible y grave, etc., hagan peligrar la vida del enfermo.

Otros creen que la cirugía debe intervenir en esfera amplísima antes de que los casos sean tardíos, complicados, difíciles, cuando el médico prosigue ensayando recursos terapéuticos de escaso ó de ningún valor. No sólo los procesos severos, sino la fiebre, el dolor intenso, la ictericia, la infección, los cólicos hepáticos sin expulsión de cálculos, etc., reclaman, según estos profesores (Reclus, etc.), la intervención quirúrgica.

Según algunos cirujanos, cada vez mayor en número (Mayo Robson, etc.), son del absoluto dominio de la cirugía:

Los cólicos hepáticos *sin* ictericia, con ó *sin* distensión de la vesícula biliar; la distensión vesicular, *aunque falte el dolor;* la ictericia persistente con accesos dolorosos repetidos; el empiema de la vesícula; la peritonitis del hipocondrio; el absceso desenvuelto alrededor de la vesícula; las adherencias que quedan después de la desaparición de la litiasis y que ocasionan dolores; las fístulas biliares; la ictericia crónica con distensión de la vesícula; la colecistitis flegmonosa; la supuesta rotura vesicular; la angiocolitis supurada.

Veamos lo que dice la observación.

Yo he visto muchos enfermos de cólico hepático, á repetición, con gran ictericia, nada fugaz, con fiebre, con infección, con dolor muy intenso, seguido ó no de expulsión de colelitos, y hasta con gran ectasia de la vesícula, que han mejorado fácilmente y aun han llegado á un definitivo bienestar, y digo definitivo, porque á algunos de estos enfermos he tenido ocasión de observarlos doce y más años después.

Recuerdo, entre otros, á una señora repetidas veces víctima del gran cólico hepático, de la fiebre, de la ictericia intensísima, la cual vino á Madrid hace cuatro años para que la observase unos días y la pusiese plan. No bien hubo llegado á la fonda, tuvo otro ataque, tan severo, que participé á la familia la conveniencia de llamar inmediatamente á un cirujano. El cólico hepático cedió pronto, suplicándome la enferma que la concediese una tregua... para pensar mejor el asunto, cosa ciertamente muy puesta en razón. Al día siguiente no tuvo á bien acceder á mi instancia reiterada de que se hiciese reconocer también por un cirujano, aunque protestando que seguiría escrupulosamente mis consejos. La ordené que se abstuviera de tomar medicamentos y que hiciese cura de clima y dieta semiláctea en una aldea de montaña. Con tan sencillo plan la enferma mejoró rápidamente, y hasta alcanzó la salud y el bienestar.

Claro está que la observación debe seguir más tiempo, para colocarla con justicia en los casos que no deben operarse; pero éste, como tantos otros casos análogos que pudieran citarse, prueba, por lo menos, que si el médico ha de estar muy diligente, acercándose más que alejándose del cirujano, por lo que pueda ocurrir, también éste ha de moderar ímpetus quirúrgicos y fogosidades intervencionistas, alguna vez, reveladores de atolondramiento ó de irreflexivo alarde de competencia operatoria, más que de discreción y de serenidad.

La cuestión ha de resolverse sin exclusivismos. Comprendo que la fórmula que dicta el no ser exclusivista, se oye á cada paso, es cómoda y se dice más fácilmente que se practica, hablando en general, para todas las cuestiones científicas.

Yo entiendo, refiriéndome al cólico hepático, que ni las crisis del dolor, aunque repitan á períodos, y aunque no vayan acompañadas siempre de expulsión de cálculos, ni la ictericia intensa, ni la fiebre, ni la infección, ni la ectasia vesicular por hidropesía moderada, ni la acolia, no siendo permanente ni yendo acompañada de fenómeno especial grave, ni aun la colecistitis sencilla, que puede dejar

como consecuencia pequeñas adherencias muy compatibles con salud casi perfecta, reclaman, por sí solas, la intervención quirúrgica, siempre que el cuadro clínico represente, y esto es lo importante, lo *transitorio*; siempre que la razón clínica y la experiencia del caso induzcan á creer que el individuo volverá pronto al estado normal, aunque se repitan después de un gran período de tiempo análogos fenómenos. Podrá argüirse que esto es casi lo mismo que dejar abandonado al enfermo, corriendo contingencias posibles, exponiéndole á procesos morbosos de repetición, y, por tanto, acaso menos sencillos que los primeros, y que á toda costa deben evitarse; pero los hechos demuestran repetidamente que los cuadros patológicos intensos, hasta aparentemente muy graves, si no persisten, si tienden á desaparecer en todo ó en gran parte, admiten por lo menos una tregua para mejores y más serenas orientaciones. Es que ha de mirarse, tanto como al síntoma inquietante, á la reacción individual, al antecedente, á la patogenia, á la evolución del mal. El argumento clínico *entero* no es el incidente *actual*, por severa que sea su presentación. Ya sé que los fenómenos serán susceptibles de diversa interpretación, que será defendible, por ejemplo, la adherencia vesicular, la colecistitis sin cálculos, los cálculos sin colecistitis, ó la colecistitis y los cálculos, etc. Ante esta incertidumbre, la *reconstitución del proceso morboso entero*, en sus antecedentes, en su historia, en su evolución, en el momento de la observación, ilustrarán, por lo menos en gran parte, la cuestión y marcarán el rumbo que debe seguirse.

Cierto es que al menor abuso de este criterio razonador, se iría á parar á la observación indefinida para la elección del momento operatorio, y, por tanto, á un apartamiento quirúrgico, tanto más censurable, cuanto mayor sea la importancia de los recursos médicos, y cuanto más se vaya agravando el enfermo.

Aun con estas limitaciones, que de ningún modo representan la pusilanimidad, la tradición rutinaria, la espectación poco escrupulosa, como podría creerse, sino la precisión de las indicaciones quirúrgicas, la intervención de la cirugía tiene amplia esfera de acción.

Desde el momento que se traspasan los límites de la ligera y casi segura colecistitis simple, de la obstrucción biliar transitoria, de la regular ó de la mediana *tolerancia* de los fenómenos ya indicados, etc., y aunque no peligre por el momemto la vida del enfermo, se impone la clínica quirúrgica.

La gran colecistitis, los procesós supuratorios, el flemón biliar, la gran ulceración de la vesícula, los procesos fistulosós, la enorme distensión de aquel órgano, las adherencias que hacen la vida penosísima ó que exponen fácilmente á complicación mortal, la persistente, grave y abordable (quirúrgicamente hablando), la obstrucción biliar, y otros procesos emanados del primitivo, como la oclusión intestinal por paso (previa adherencia y comunicación anormal consiguiente) de enorme cálculo, etc., todas estas *complicaciones* son del absoluto dominio del cirujano; y el médico, ante la evidencia ó sólo la gran probabilidad de tan graves procesos, debe reclamar á tiempo, sin la menor dilación ni el menor titubeo, la presencia del cirujano.

La colecistotomía, la colecistostomía, la colecistectomía, la colecistoenterostomía, etc., como otros procedimientos que se emplean hoy para la extracción de cálculos, el establecimiento de la fístula biliar, la extirpación de la vesícula, etc., estudio es que corresponde más bien al cirujano, aun cuando el médico no debe desentenderse de él.

La incertidumbre y la confusión que hay en la patogenia de las inflamaciones vesiculares, que muchos profesores (Schitzler, etc.) admiten excepcionalmente, á pesar de haber progresado mucho en estos últimos años el estudio de las enfermedades del hígado; el hecho evidente de la frecuente coincidencia de las alteraciones psíquicas con el cólico hepático, sea éste litiásico ó colecistítico; el ceder muchas veces las crisis del modo más súbito y espontáneo; el no haber encontrado los investigadores (Leubischer, etc.) micro-organismos especiales en el líquido recién obtenido de la vesícula inflamada; la curación *definitiva* de cólicos hepáticos repetidos ó de muy severo carácter, todo esto impone mayores estudios y observaciones para la medicina como la necesaria prudencia para la cirugía.

(*Continuará*).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRIGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Estudio sobre el aïnhum — II. Eulactol: nuevo alimento. — III. Bacterídea carbuncloso: acciones químicas (fermentación y virulencia). IV. Epidemias de intoxicación fecal aguda. — V. La tenia negra. — VI. La actitud vertical y el aparato genital femenino. — VII. Botriomicoma. — VIII. El alcoholismo en Lorena. — IX. Nuevos estudios sobre los comienzos de las epidemias de peste bubónica. — X. Mareo marino: hipótesis y tratamiento con el oxígeno.—XI. Valor escaso de la gráfica del peso de los niños, en particular pocos días antes de la muerte. — XII. El bacilo pestífero en las células nerviosas. — XIII. La inoculación preventiva de la peste mediante el suero Ferrán-Haffkine. — XIV. La fiebre de Malta ó del Mediterráneo.

I. El *aïnhum* (*aynoum*), así llamado por los negros de la Costa de Oro, en donde fué descubierta esta singular enfermedad, nombre aceptado por Silva Linna, en tanto que Collas, médico de la armada francesa, la denomina *exéresis espontánea*, existe en Pondichery (Collas), en varias ciudades del Brasil (en los negros; nunca en la población indígena), algo en el Asia oriental, mucho en la costa de Africa y no es raro en la Polinesia.

Para el leprólogo Zambaco Pacha es idéntico á la lepra, pero Juliano Moreira, de Balúa (Brasil) (*Nueva contribución al estudio del ainhum. — Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1900), que ha estudiado detenidamente en su país varios casos, casi todos en negros africanos, niega por modo terminante que sea lepra, y además de razones de índole clínica, aduce el hecho de que la lepra anestésica (*gafeira* de los portugueses) ataca á todas las razas, mientras que el aïnhum es exclusivo de los negros africanos y de sus descendientes. Añade que los hombres la sufren con más frecuencia que las mujeres, los mozos de cuerda más que ninguno, pues el traumatismo ejerce indiscutible influjo en su aparición, y dice que la herencia no interviene. No lo ha visto nunca en individuos que atendían á su limpieza.

II. Dice Friesser (*Klinis. therap. Wochens.*, 1900): Un buen alimento debe proporcionar al organismo todos los más elementos nutritivos, ser fácilmente digerible y por completo absorbible, muy utilizable, no molestar en modo alguno á los órganos digestivos, ser de

gusto agradable, no causar á la larga repugnancia y ser líquido ó á lo menos soluble. Pues todo esto, que no es poco, tiene, en su concepto, el *eulactol.*

Es éste un polvo blanco, fino, estable, de gusto grato, del todo soluble, y se compone de bastante albúmina, 14'28 por 100 de grasa y 46'35 de hidratos de carbono (lactosa). La albúmina, en estado nativo, procede del huevo y de la leche, que son las substancias madres de la preparación. La grasa, finamente dividida y por igual repartida, apenas es notable. Figuran, además, entre sus componentes albúmina vegetal (legúmina) y un 4'5 por 100 de sales minerales (cloruro sódico, carbonato sódico, ácido fosfórico, cal, magnesia y óxido de hierro).

Lo ha usado, en multitud de enfermos, con grandes resultados á la dosis máxima de 70 gramos diarios, á cucharaditas ó á cucharadas, en café, chocolate ó cacao.

III. Se ha sostenido por algunos que corrían parejas el poder fermentativo y el poder virulento de las bacterias. No es así, y entre otros hechos que lo demuestran, valga, como buena cita, lo consignado en la Tesis del doctorado en farmacia (*Action de la bactéridie charbonneuse sur les hydrates de carbone*, París, 1900) escrita por la señorita L. Napias.

Pasados aquellos tiempos en que las bacterias eran siempre malas ó siempre indiferentes y dejando de lado el cambio radical impreso á las ciencias médicas, hoy la agricultura comienza á obtener beneficios, como demuestran los fermentos nítrico y nitroso. La bacterídea carbunclosa, la temible bacteria, es un humilde fabricante, que convierte el almidón en azúcar, que rápidamente asimila esta última, produciendo ácidos láctico y acético, y que cuando acaba con aquélla, ataca á éstos hasta convertir todo el carbono en anhídrido carbónico. Esta acción sacarificante es debida á una diastasa, que produce abundantemente y que es aislable con facilidad. Las especies atenuadas de la bacterídea, la asporógena en particular, fabrican mucha más diastasa que las virulentas.

IV. En la Escuela de Saint Cyr ha habido una epidemia, que más que de fiebre tifoidea, cual se creyera al principio, debe ser calificada de intoxicación fecal aguda (Deschamps, *Archives de Médecine*, 1900), debida al hecho fortuito de haber caído un tonel lleno de excrementos sobre la conducción de aguas de la Escuela, que rompió, mezclándose aquéllos con éstas, cuya canalización era muy superficial.

Esta ingestión de materias fecales, sea con los alimentos, sea sobre todo con el agua de bebida, puede motivar dos clases de accidentes: ó bien es escasísima la cantidad de excrementos, pero contienen gérmenes patógenos, que son los que dan especificidad á los daños resultantes (fiebre tifoidea, cólera, disentería, etc.), con arreglo á la conocida teoría hídrica, ó bien la cantidad es grande, en cuyo caso es posible se produzcan graves trastornos, nó bien conocidos todavía, como ocurrió en Saint-Cyr.

Al día siguiente el agua tenía color amarillento, olía á materia fecal y los caballos no quisieron beberla. Empleada para el café y el caldo, cuyo sabor desagradó á los alumnos, fué consumida, á lo menos en parte, por ignorarse lo ocurrido.

Varios alumnos tuvieron náuseas, vómitos ó diarrea biliosa; unos 30 ingresaron en la enfermería con un cuadro análogo al de la intoxicación con alimentos averiados; algunos presentaron fenómenos tíficos, pero no hubo un solo caso de fiebre tifoidea (Landriau). La epidemia subió rápidamente en dos ó tres días y luego todo entró en orden. En algunos habitantes del pueblo ocurrió lo mismo por haber utilizado la misma agua.

Examinada el agua se vió que contenía muchísimos colibacilos y varias especies pútridas de las más peligrosas, no resultando hechos más graves por haber sido filtrada y por haber hervido la mayor parte de la ingerida. A no ser por estas dos circunstancias hubieran, entre otros, aparecido accidentes coleriformes.

En efecto, estos comparecieron en la pequeña epidemia sufrida por las niñas del Asilo de Asnieres, observada por Grancher, por haber bebido el agua con que se lavaron las manos los operarios que desocuparon el depósito de materias fecales: unas 12 tuvieron diarrea intensa, y dos vómitos, cianosis, calambres, frío y aspecto coleriforme. Todas curaron.

Otra epidemia análoga ocurrió en un pueblo de los Alpes Bajos (1893), que ocasionó 18 defunciones en una población de 200 habitantes En época de maniobras, se abrió una cavidad para los excreta cerca de la fuente que surtía al pueblo; las aguas de lluvia arrastraron los excrementos hasta la conducción, y el agua fué consumida sin preparación alguna.

En resumen, dejando aparte los microbios específicos, el agua contaminada por las materias fecales puede dar lugar á dos tipos clínicos diferentes: 1.°, gastro-enteritis tóxica, análoga á la producida por los alimentos averiados, que tiene poco de infectiva, y cuya

marcha, á las veces por lo lenta é insidiosa, le da el aspecto de fiebre tifoidea; 2.°, accidentes coleriformes, tan graves en ocasiones que se asemejan por completo al cólera.

V. Se conocía sólo, observado en un norte-americano, un caso de *tenia negra*, que así le llamó Laboulbène. Ahora ha sido visto otro (*Repertoire de Pharmacie*, 1900) en un tuberculoso francés, residente en la Isla Adam. Fritz, su médico, atribuye el color al uso del bismuto administrado en abundancia contra una diarrea muy rebelde.

Con motivo de este nuevo hecho, el Dr. Collet publica una carta (*Bull. méd.*, 1900) en que da cuenta de un caso análogo, ocurrido en las condiciones de Fritz, cuya explicación acepta, tanto más cuanto que notó que lentamente se desteñía hasta quedar al mes del color de las otras tenias.

VI. Con motivo de un proyecto de ley, inglés, relativo á que puedan disponer de una silla las empleadas de las tiendas, fué consultado Stuart-Nairne sobre la influencia que la estación vertical podía tener en los órganos genitales femeninos. Afirmó, desde luego, que era nociva y en su apoyo adujo una estadística, formada con los 100 primeros casos, en orden alfabético, de las notas de la consulta de *Free Samaritan Hospital*. La descompone en tres cuadros, cuyo análisis da los resultados siguientes:

1.° Sólo el 7 por 100 de las dependientes de las asistidas no eran casadas.

2.° El 40 por 100 de las casadas que han sido dependientes antes de casarse han concurrido á la consulta, poco antes del matrimonio, siendo la mayoría menores de treinta años.

3.° Del 7 por 100 de las no casadas, tres eran enfermas ginecológicas y del 40 por 100 de las casadas lo eran 27.

4.° Consecuencia: sufren en este concepto el 30 por 100 de las dependientes.

5.° La infrecuencia de las solteras se debe á estar ocupadas todo el día, son jóvenes, tienen vigor, gozan de poco tiempo para el reposo y de ninguno para quejarse, no se fija su atención en los primeros síntomas, tienen á gala parecer fuertes, están encadenadas al trabajo, encontrarán tanta mejor colocación y un mejor partido cuanto más sanas aparezcan. Así, sólo un 3 por 100, que ya no podía sufrir más, fué á la consulta.

6.° Las 27 casadas enfermas señalan una proporción alarmante y que no se trata de hechos accidentales: ha de haber algo estable, y este algo le parece al autor que es la prolongada estación vertical.

VII. X. Delore, de Lyon, dió cuenta de un caso de botriomicoma del borde cubital de la mano (*Gaz. hebd.* 5 septiembe de 1899), al que han seguido el caso de Reclus y Lenormant (*Id. id.*, 21 de febrero de 1900), la Tesis de Sprick (*Specificité de la botryomycose.—Thèse de Lyon*, 1900) y sobre todo la notable Memoria de Poncet y Luis Dor (*La botryomycose. — Arch. gén. de Méd.*, febrero y marzo de 1900). El mismo Delore publica (*Gaz. des hôp.*, 1900) una nueva observación recogida en el servicio de Poncet: en este caso la lesión estaba en la cara dorsal del dedo meñique cerca de la uña, y el enfermo era un estudiante de Medicina, aficionado á la equitación y á cuidar caballos y que se hizo una pequeña erosión en el punto indicado. El tumor ha durado más de cuatro años y fué excindido por Poncet.

El examen histológico reveló se trataba de un botriomicoma típico, tumor que siempre es único y que empieza á modo de una verruga pequeña, acabando por pedicularse y tener el aspecto de una frambuesa. Parece que es benigno y todavía no se ha registrado una reproducción. El botriomicosis humano tiene los mismos caracteres clínicos y bacteriológicos que el hongo de la castración del caballo (botriomicosis equina) hace tiempo descrito por los veterinarios.

VIII. Una ley (1892) dejó libre la instalación de tabernas y la venta de bebidas alcohólicas en Lorena. He aquí los resultados:

La mortalidad por tuberculosis ha aumentado de 264 á 322 (1882 y 1897) y por nefritis de 19 á 35.

En 1875 había, en Mareville, un alcohólico por cada 57 locos y en 1898, 1 por 12.

Los epilépticos internados eran, término medio, 7 desde 1875 á 1877 y luego ha subido á 16.

La media de suicidios por quinquenio era de 10 en 1878 á 1881, de 24 en 1891-92, y las muertes por accidente de 9 llegaron á 21, y aun hubo una cifra de 29 (*Revue méd. de l'Est*).

IX. Los principios de una epidemia de peste bubónica pasan generalmente inadvertidos. En la Asunción, desembarcan los marineros del *Centauro* en 28 de abril y fallece el primero el día 1 de mayo: hasta fines de agosto no se pensó en la peste. La cuidadosa investigación de los Dres. Rist, Andery, Torella y Legrand, prueba que la epidemia de Alejandría, reconocida á mediados de mayo, tuvo cuatro primeros casos en fines de enero y comienzos de febrero. Lo mismo ocurrió en Oporto. El tiempo que media entre los invadidos primitivos y el conocimiento oficial de la peste es variable: de tres á

cuatro meses en Alejandría, Asunción, Numea y Santos; de uno en Sidney.

En varias localidades (Alejandría, Oporto, Asunción, Numea) se ha observado una gran mortandad de ratas en este período intercalar; en otras (Sidney) empezó después. En Alaida se encontró ratas enfermas alrededor del pabellón en que estaban aislados los dos pestíferos, y no hubo luego casos nuevos (hasta mayo último).

A las veces se instala en una localidad sin que sea posible determinar el modo ni la época: San Francisco.

Hoy no podría negarse existen focos de peste ignorados en absoluto: quizás los haya en Europa, especialmente en las costas del Mediterráneo; el marinero Barbiressa, que muere de peste en Trieste (4 de noviembre de 1899) es una prueba de ello: llevado en el vapor *Polis Mitylena*, llegó, de Constantinopla á Trieste en 28 de octubre, después de recalar en varios puertos turcos y griegos, y efectuárese como se efectuara el contagio (ratas, mercancías), el hecho es que no ha habido ningún otro caso en estos puntos (Netter, *La peste en Australie et dans l'Amérique du Sud; enseignements que comportent les dernières manifestations de la peste.* — *La Presse médicale*, 1900).

X. Hace tiempo Dutremblay presentó una comunicación á la Academia de Medicina de París, en la que proponía combatir el mareo marino con las inhalaciones de oxígeno, pues de sus experimentos en perros resultaba, como causa del accidente, la imperfecta ventilación pulmonar, una especie de auto-intoxicación, que por los reflejos bulbares produciría los síntomas que se notan en la asfixia con los gases tóxicos, en la permanencia en una atmósfera confinada, etc.

Ahora Perdriolat, médico de la Compañía trasatlántica, las ha empleado, habiendo obtenido, en general, la cesación de las náuseas y vómitos, sensación de bienestar, calma y á las veces el sueño; se regulariza la respiración, sube el pulso y desaparece la cefalalgia. Con 20 litros se logra el alivio, que puede durar varias horas, y si es necesario se renuevan las inhalaciones. El O, entrando rápidamente en la sangre, obra por modo directo sobre el bulbo y por tanto sobre el pneumogástrico (*Marseille médical*, 1900).

XI. El Dr. P. Budin ha dirigido una comunicación á la Sociedad de Obstetricia de París (1900), titulada *Remarques sur la valeur de la courbe du poids chez les nourrissons, en particulier sur l'augmentation brusque et considerable du poids chez certains enfants dans les*

joursqui precedent inmédiatement la mort. Deduce lo siguiente:

La curva de peso regularmente ascendente en el niño sometido á lactancia vale mucho, en general, para indicar que la salud es buena, pero este valor no es absoluto, sino relativo.

En efecto, niños con excelente curva, sifilíticos, por ejemplo, pueden morir rápidamente y á las veces por modo imprevisto; niños con afecciones febriles más ó menos graves, en vez de un descenso, suelen presentar un ascenso, y lo mismo pueden curar que morir en estas condiciones. En algunos casos hay un ascenso brusco, que dura uno, dos, tres días, y mueren luego los niños; niño hubo que aumentó 150 y hasta 250 gramos en veinticuatro horas, 185 en dos días y de 230 á 325 en tres.

Este ascenso, en dichas circunstancias, es un mal signo.

XII. En un caso de septicemia intensa con graves manifestaciones nerviosas, el Dr. C. França encontró, además de una meningo-encefalitis generalizada con cultivos puros de bacilo pestoso, numerosos microbios específicos, unos rellenando los capilares hasta el extremo de ocasionar verdaderos trombos y otros en el protoplasma de las células piramidales, sobre todo en las grandes. Las lesiones celulares sólo en casos raros llegaban á la acromatolisis. Este hecho tiene indudablemeute un gran valor (*Sociedade das Sciencias medicas de Lisboa*, 1900. — *Revista portugueza de Medicina e Cirurgia praticas*).

XIII. De los estudios hechos en el R. Instituto bacteriológico de Lisboa, deduce el Dr. Moraes Sarmiento:

1.° La inmunidad producida con la vacunación subcutánea antipestosa de Ferrán-Haffkine comienza á manifestarse cinco ó seis días después de la inyección.

2.° En los animales pequeños de laboratorio dura la inmunidad cerca de cuarenta días.

3.° En estos animales dicha vacuna no determina inmunidad para la infección por las vías digestivas.

4.° Tampoco la produce para la infección respiratoria.

5.° La inyección simultánea de suero antipestoso motiva una inmunidad inmediata.

6.° La inmunidad así obtenida dura en estos animales cerca de cuarenta días.

7.° La vacunación mixta no deja inmunidad para la infección por las vías respiratorias.

8.° Esta misma vacunación mixta tampoco la deja para la infección digestiva.

XIV. Con motivo de un caso de fiebre de Malta ó fiebre del Mediterráneo, presentado por el profesor E. Neusser, de Viena, al XVIII Congreso alemán de médicos internos (Wiesbaden, 1900), se recuerda varios atributos de este singular padecimiento, fiebre infecciosa que se observa de preferencia en las costas é islas del Mediterráneo.

Distribución geográfica: Malta, Chipre, Baleares, Archipiélago griego, Asia Menor, Sicilia, Córcega, Cerdeña, Génova, Nápoles, Dalmacia, Islas briónicas, Alejandría, Túnez, Argelia, costas del Mar Rojo, costa meridional de Arabia, costa oriental de la India, Gibraltar, Azores, Canarias, Venezuela y Puerto Rico.

Bacteriología.—Bruce descubrió (1897) el agente productor, el *micrococus melitensis*, que es patógeno para los monos y que inoculado subcutáneamente al hombre en dos ocasiones (cultivos puros) reproduce la enfermedad. Es aglutinado por el suero sanguíneo de los que sufren esta infección, y lo es desde el comienzo del mal, y de los que la tuvieron, variando las proporciones de 1 : 20 á 1 : 1000.

Incubación.—Varía de ocho á veinte días.

Duración. — La *aguda* (*febris sudoralis*) de una á cinco semanas; la *crónica*, meses, años, con innúmeras recaídas y recidivas; en el enfermo de Neusser duraba ya ocho años.

Aspecto.—Cuadro infectivo.

Mortalidad.—Escasa : 2 por 100.

Antitoxina.—Ha intentado prepararla el Dr. Wright, de Netleij, en el mono; pero debe desconfiarse de este suero, dada la frecuencia con que aquel sufre la tuberculosis.

Transcendencia.—Mucha, pues obliga á largas estancias hospitalarias á los marinos y soldados, que quedan luego muy poco aptos para el trabajo. (*Le Progrès médical*, 1900).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica quirúrgica y Director del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LOS QUISTES DE LOS OVARIOS Y DE SUS COMPLICACIONES, por el Dr. D. Faustino Horcajo Hernández.

En esta interesante Monografía, el Dr. Horcajo admite para el diagnóstico la división de los quistes del ovario, en quistes contenidos en la pequeña pelvis, sin rebasar por su parte superior el plano del estrecho abdominal, y quistes que invaden en parte ó totalmente la cavidad abdominal.

En los primeros hace el diagnóstico con los tumores de las trompas, y como éstos pueden ser quísticos ó sólidos, lo establece con los quistes tubarios, *hidrosalpinx*, *piosalpinx*, *hematosalpinx*, embarazo uterino; y entre los tumores sólidos de las trompas, con los fibromas, epiteliomas, carcinomas y sarcomas de las trompas.

En un segundo grupo hace el diagnóstico con los tumores sólidos de los ovarios, y entre ellos con el fibroma, sarcoma, epitelioma y carcinoma.

Sigue la exposición de los caracteres diferenciales de los tumores de los ligamentos anchos: quistes, fibromas, lipomas, epiteliomas y sarcomas; el diagnóstico con los fibromas del útero, con los núcleos de edema inflamatorio perímetro-salpingítico; exudados intraperitoneales; exudados parametríticos.

Si el quiste del ovario se halla en el fondo de saco de Douglas y está envuelto por exudados, puede confundirse con una serie de afecciones, cuyo diagnóstico establece el Dr. Horcajo: exudado intraperitoneal enquistado en el fondo de Douglas; tumores de las trompas, tumores sólidos de los ovarios y fibromas uterinos subperitoneales, incarcerados ó ingurgitados por exudados en el espacio de Douglas; hematocele retrouterino; retrodesviación del útero grávido; embarazo extrauterino.

En lo que pudiéramos llamar un segundo capítulo, estudia el diagnóstico diferencial de los quistes del ovario, que invaden en parte ó totalmente la cavidad abdominal, y para ello pasa en revista los principales caracteres de la hematometra, de los fibromas uterinos

submucosos, fibromas intersticiales, fibromas subperitoneales, tumores fibro-quísticos del útero, embarazo normal, embarazo extrauterino, ascitis, exudado peritoneal enquistado, quistes del peritoneo, quistes subperitoneales; tumores de contenido líquido de los órganos urinarios; hidronefrosis: quistes del riñón, distensión de la vejiga urinaria, quistes del hígado, distensión de la vesícula biliar, quistes del bazo, tumores sólidos del peritoneo, hígado, bazo y paredes abdominales, fantomas ó tumores fantasmas, dilatación del estómago, vísceras flotantes, riñón flotante ó nefroptosis, hígado flotante ó hepatoptosis, bazo flotante.

Estudia en otro capítulo el diagnóstico de las variedades de quiste ovárico; dedica algunas páginas á la punción y resultados que con ella se obtienen, como medio de poder recoger y analizar el líquido contenido en el quiste, y por último, estudia en capítulo aparte el diagnóstico de las complicaciones de los quistes del ovario, mencionando entre ellas la ascitis, el embarazo, el fibromioma del útero, la inflamación del quiste, la supuración, la torsión del pedículo, hemorragias, rotura del quiste, adherencias, degeneración maligna del quiste.

Como se ve por la simple enumeración de los epígrafes, apenas si al Dr. Horcajo se le ha olvidado nada de cuanto se puede parecer á un quiste del ovario, y como la exposición está hecha con mucho método, es ésta una Monografía que conviene lean cuantos empiecen á hacer cirugía abdominal, para saber con cuánto se puede confundir y cómo se puede diagnosticar un quiste del ovario.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 8 de Diciembre de 1900 (1).

Patogenia de la hiperclorhídria.—El Dr. González Campo ocupóse en primer término en hacer constar las dos teorías que se disputan la explicación del aumento de la acidez clorhídrica del jugo gástrico segregado en los pe-

(1) Primera del curso académico actual.

ríodos digestivos: la nerviosa, patrocinada por Riegel, y la de la gastritis.

Hizo constar que cuando él en Madrid publicaba en *La Oto-rino laringología Española* un artículo llamando la atención sobre la persistencia de la primitiva cifra de acidez en los hiperclorhídricos curados, Sansoni, de Turín, trataba en Francia el mismo asunto en *La Presse Médicale.*

Leyó trozos de ambos trabajos, que coinciden en lo fundamental, pues ambos se basan en dicha persistencia de la acidez clorhídrica; en la existencia, nada rara por cierto, de hiperclorhídricos, sin ninguna alteración de orden subjetivo, ni nada más que el hallazgo de una acidez más alta que la ordinaria, y en las observaciones, hoy bastante numerosas, de hiperclorhídricos que pudieran llamarse subjetivos, en cuyo jugo gástrico el análisis no acusa aumento del ácido clorhídrico, sino, por el contrario, disminución en algún caso, y que se curan con el tratamiento de la hiperclorhídria. Por las fechas en que aparecieron ambos trabajos, resulta evidente que no ha habido copia ni plagio de ninguna especie, sino sólo una coincidencia.

Partiendo de los hechos expuestos y de que la cifra de acidez clorhídrica normal no es la misma para todos los autores, sino que varían mucho las que señalan unos y otros, el Dr. González Campo dedujo que la hiperclorhídria no consiste en lo que se ha creído hasta hoy, sino en una hiperestesia de la mucosa del estómago, la cual mucosa no puede soportar sin protesta la presencia del ácido clorhídrico libre, cualquiera que sea su concentración.

Cree que la proliferación de las células de revestimiento, y aun de las principales de las glándulas clorhidro-pépticas, que existe en la hiperclorhídria, según Gluzinski, Jaworski y Hayem, probablemente será efecto, en lugar de causa, como ellos piensan; ya que los dos primeros se fundaron, para admitir dicha alteración, en el estudio histológico de estómagos no afectados de la hiperclorhídria primitiva simple, sino en órganos pertenecientes á ulcerosos ó gastro-sucorréicos.

En apoyo de su manera de pensar, además de los hechos fundamentales citados, hizo constar que muchos hiperclorhídricos son, como todos saben, hijos de neuróticos; que la hiperclorhídria suele presentarse en enfermos de tabes dorsal, esclerosis en placas y parálisis general progresiva; que es frecuente su aparición á consecuencia de influencias psíquicas, y que hay hiperclorhídricos que tienen períodos de malestar sólo en las épocas que acompañan ó siguen á grandes preocupaciones y disgustos graves.

Confirma asimismo su nueva manera de ver, el dato terapéutico del alivio que experimentan muchos enfermos con el baño general templado, de análoga manera al que en ocasiones se obtiene con el lavado del estómago, que no es sino un baño templado local; baños que, como se sabe, son uno de los mejores, si no el mejor, de los sedantes del sistema nervioso excitado.

Si en la hiperclorhídria no tomara parte inmensamente mayor la excitabilidad anómala de la mucosa, que el aumento secretorio, se aliviarían los enfermos matemáticamente siempre con los alcalinos, y en la práctica se ve todos los días que no suceden las cosas de este modo. En ocasiones han curado algunos con el tratamiento ácido preconizado por varios médicos ingleses, que consiste en administrar ácidos, tales como el nítrico, el sulfúrico y el mismo clorhídrico, cosa inexplicable realmente si las cosas sucedieran como se venía suponiendo.

Citó casos de hiperclorhídricos que trata actualmente sólo con medicamentos capaces de embotar la sensibilidad de la mucosa, sin darles ningún alcalino, aliviándose algunos de ellos tanto como con los tratamientos corrientemente empleados. Refirió el hecho de un hiperclorhídrico con crisis invernales, que fué por él tratado los dos años últimos por el lavado y los alcalinos á dosis y horas convenientes, ya que ni uno ni otro de estos medios empleado sólo le mejoraba; con su asociación obtenía la desaparición completa de las molestias, que se mantenía hasta el invierno siguiente, y en el actual, con el lavado y una poción calmante, ha logrado efecto tan rápido ó acaso más que otras veces con los alcalinos.

Algunas aguas termales alcalinas, de mineralización débil y temperatura de treinta á treinta y tantos grados, casi indiferentes, dan buenos resultados, mejores que los conseguidos con otras de mayor alcalinidad, seguramente también, por no estimular en exceso y producir efectos sedantes en virtud de su temperatura.

Terminó declarando que si el asunto que sometía á la consideración de la Academia fuese una lucubración teórica, no hubiese hecho su comunicación por creer que á este centro deben llevarse únicamente asuntos de interés práctico, pero como de la concepción patogenética de la hiperclorhídria deriva la terapéutica, esta exposición no es improcedente, sino de manifiesta utilidad y de aplicación diaria.

PERIÓDICOS

De la fecundación y algunas enfermedades uterinas tratadas por el raspado.—En la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*, publica el Dr. Policarpo Lizcano sus ideas respecto de este asunto:

La curación de la enfermedad uterina por el raspado, dice, ha reintegrado muchas veces á la mujer en su aptitud prolífera, seriamente comprometida por alteraciones del endometrio; y si estos felices triunfos no han alcanzado á numerosas enfermas, explícase por la antigüedad de las lesiones, cuyos incesantes progresos esterilizan los esfuerzos de la terapéutica.

No faltan detractores de esta inofensiva operación, acusándola de ser peligrosa: en todos los libros se lee que la perforacióón del útero, las inflamaciones pelvianas, procesos sépticos, hemorragias, etc., *pueden ser* ocasionados por esta sencilla intervención. Todos estos accidentes *deben ser* sumamente raros, por cuanto ni en uno sólo de nuestros casos se ha presentado. Hecha la operación con delicadeza, sin violencias traumáticas, descendiendo suavemente el útero, dilatando sus orificios con igual blandura, al abrigo de las prácticas asepto-antisépticas, se tiene la certeza de no perjudicar á la enferma con semejantes complicaciones. Claro es que hay que partir de un diagnóstico exacto como base de la *indicación verdad*, y no lograr á troche y moche, sin fijarse en las circunstancias que contraindican ese acto quirúrgico.

Legrando sistemáticamente á todas las enfermas de padecimientos uterinos, no es de admirar que ocurran los señalados accidentes.

Es un hecho observado la nociva influencia de ciertas causas que, determinando lesiones en lo más oculto del aparato sexual femenino, acarrean en breve plazo la esterilidad. A la cabeza de estos factores patogénicos se debe considerar la gonococia más ó menos atenuada, que invadiendo las tubas imposibilita el ósculo amoroso del óvulo y el zoosperma, mediante las flexuosidades é infiltraciones que experimenta, cuando no se traduce por purulenta flogosis. Recuérdese que suele atacar á ambos lados, y no sorprenderá que dificulte en absoluto la impregnación : como lo evidencia su estadística, que en 8 casos de anexitis doble, todos estériles, 4 eran debidos al virus blenorrágico.

No menos fatal resulta, bajo el mismo punto de vista, la influencia de las afecciones salpingo-ováricas de origen congénito. En este concepto etiológico se incluyen lesiones de desarrollo ha tiempo expuestas magistralmente por Freund, consistentes en la persistencia de la forma espiral de las trompas por defecto de evolución en el período de la pubertad, no sufriendo el enderezamiento normal, ni tampoco el aumento de su diámetro, cuya viciosa disposición las coloca en aptitud morbosa, capaz de obstruir su tortuoso calibre á la menor flogosis pelviana.

En esta mala conformación de los oviductos hay que buscar la causa de gran número de padecimientos genitales en mujeres vírgenes y nulíparas, sin atribuirlos, como á la ligera suele hacerse, al socorrido gonococo. Obra entonces la acción hiperemiante del molimen catamenial, auxiliada por la concurrencia de microbios intestinales ; sobre todo el colibacilo, que adquiriendo virulencia extrema en todas las infecciones del aparato digestivo, pasa muchas veces á la serosa pelviana, y da lugar á esas peri-salpingo-ovaritis silenciosas que agravan lenta y constantemente la función genital, de antemano comprometida por la existencia de dicho vicio de conformación.

Las alteraciones del endometrio consecutivas al aborto guardan estrecha relación con la flegmasía de los anejos. En efecto, la cuarta parte de salpingo-ovaritis doble de nuestros casos, no reconocen otra patogenia que infecciones de restos ovulares propagadas. Pero cuando á beneficio de una pronta intervención se impide la afección anexial, la mucosa se reintegra en la plenitud de sus funciones.

La endometritis hiperplásica desenvuelve una acción altamente nociva sobre la fertilidad de la mujer.

También causan serio detrimento en las funciones de generación las endometritis glrandulares. La legración ha reintegrado en su fecundidad á enfermas, y hecho concebir á otras estériles.

La metritis parenquimatosa se opone á las funciones de procreación, como lo prueban los seis casos de nuestra observación, que todos quedaron estériles, aunque recayeron en mujeres que habían sido aptas para la maternidad.

No menos nociva resulta la retro-verso-flexión.

Las retro-verso flexiones y metritis parenquimatosas anulan en absoluto la fecundidad ; y la comprometen en orden decreciente las salpingo-ovaritis,

las endometritis hiperplásicas, las glandulares y los procesos consecutivos al aborto.

Aparte de estos legítimos éxitos, de gran trascendencia por lo que atañe á la conservación de la especie, puede invocar otros no menos brillantes, como los alcanzados en enfermas agonizantes y desfallecidas por tenaz hemorragia, desahuciadas por la ineficacia de los recursos terapéutices empleados, volverlas á la vida cohibiendo radicalmente el antiguo flujo que las aniquilaba.

Cita un caso de anemia tan pronunciada, que la pobre enferma era víctima de repetidos síncopes, de sensaciones alarmantes de acentuado desfallecimiento vital, que la hacían temer la inminencia de la muerte : tan grave se encontraba, que no podía abandonar el decúbito supino sin experimentar serios desvanecimientos. Impotentes los medios empleados, se le practicó el *raspado* á vida ó muerte, teniendo la satisfacción de observar que no perdiera después del acto operatorio ni *una gota* de sangre, restableciéndose en pocos días y gozando de excelente salud hace ya dos años. Esta afortunada mujer no tenía otro mal que una endometritis fungosa climatérica.

Estos brillantes triunfos de una operación sencilla, cuya técnica está al alcance de todos los médicos, con instrumental que en casos de apremio puede limitarse á una cucharilla, sin exigir especiales aptitudes quirúrgicas, puede ostentarlos como el timbre más legítimo de su importancia y utilidad, mereciendo figurar al lado de las más estimadas en Cirugía ginecológica.

El incesante progreso de la terapéutica, dice, trata de sustituir el raspado uterino por otras operaciones más ventajosas. Entre las muchas propuestas, merece especial atención la atmocausia y zestocausia practicada y defendida por Pincus.

Nada menos que 833 observaciones presentó este Profesor en el 71° Congreso de naturalistas y médicos alemanes celebrado en Munich en septiembre de 1899 ; según las conclusiones del autor, exige dominar la técnica para evitar obliteraciones del cuello por la acción demasiado enérgica del vapor ó del agua caliente ; precisa además amplia dilatación y el empleo de medios protectores, con una aplicación brevísima del remedio (unos segundos), para prevenir los inconvenientes de la cauterización profunda. Considera requisito indispensable el estado sano de los anejos y la ausencia de procesos blenorrágicos.

Analizando los resultados obtenidos por el autor y otros Profesores, se observa que de 20 casos logró la curación en 15. En otros 65 de hemorragia la contuvo en 56, y de estos últimos sólo 46 curaron por completo.

Sin negar la utilidad del nuevo procedimiento, mientras no reciba la sanción de la clínica, da la preferencia al raspado, por su fácil técnica y por lo inocuo de sus efectos.

El estudio de los anteriores datos pueden concretarse en las siguientes conclusiones :

La esterilidad es más frecuente de los veinte á los treinta años.

De 30 enfermas observadas por el Dr. Lizcano de salpingo-ovaritis, tenían de veintidos á treinta años de edad.

Las lesiones anexiales comprometen seriamente la fecundidad, y cuando son dobles la originan sin remedio.

La metritis parenquimatosa y la retro-verso-flexión, dificultan la aptitud generadora.

La endometritis hiperplásica y la glandular conducen á la esterilidad muchas veces.

La fecundidad tiene su mayor cifra entre los treinta y cuarenta años.

La fecundidad se recobra en la mitad de los casos de endometritis post-abortum no difundida á los anejos.

Las dos terceras partes de fecundación restablecida corresponden á enfermas de treinta á cuarenta años de edad.

El legrado salva la fecundidad amenazada en un 24 por 100.

El legrado es una operación sencilla, sin los peligros que señalan sus detractores.

Obtiene brillantes éxitos en todos los procesos del endometrio.

Sin anestesia, sin ayudantes y con exiguo instrumental puede practicarse.

Todos los casos de hemorragia han curado con el legrado.

En los 96 casos operados no ha ocurrido ningún accidente.

En la actualidad encuentra preferible el raspado á la operación de Pincus.

Nuevo procedimiento de catarata.—El Dr. Vázquez, en la *Revista Médica de Córdoba*, ha publicado el nuevo procedimiento de catarata, que practicó el Dr. D. Rodolfo del Castillo.

Dice el Dr. Vázquez:

«El Dr. D. Rodolfo del Castillo se ha rectificado mucho en esta operación de cuando le vimos operar en los comienzos de su carrera; ha abandonado por completo la práctica de la iridectomía, que sólo deja para casos especiales, y ha simplificado mucho la técnica operatoria.

»Ahora, como preliminar, empieza por someter los enfermos á duchas nasales, á irrigaciones oculares y de las vías lagrimales y á instilaciones de un colirio de atropina, á fin de relajar bien el esfínter del iris, siendo el tiempo de esta preparación cuatro ó cinco días; el día anterior á la operación les hace dar un baño, afeitar y cortar el cabello, y á las enfermas les hace peinar recogiéndole la cabellera en una trenza, sustituyendo desde entonces la atropina por la cocaína.

»Colocado el enfermo en la mesa de operaciones, la cabeza de éste la hace encajar en un aparato por él ideado, para que no pueda moverse, lo cual presta gran comodidad al operador. Lavada la cara, irrigado el ojo con una solución de formol y cubierta la cabeza con una servilleta esterilizada, procede á separar los párpados con el blefarostato; inmovilizado el globo ocular con una pinza de fijar, con un cuchillo de Degraef hace una punción en el limbo corneal, en el espacio comprendido entre el tercio superior de la córnea y los dos tercios inferiores de la misma, haciendo la contrapunción á la misma altura y en opuesto lado, y al salir cortando describe con el cuchillo un pequeño círculo corneal. Terminada la sección de la córnea, hace la quistitomía, y acto seguido con una cucharilla de Daviel la aplica lo más próximo posible sobre el labio superior de la herida corneal á fin de abrir ésta, y con la pinza de fijar, que no ha retirado de su primitiva posición, provoca movimientos de báscula, hasta hacer salir el cristalino, y tan pronto esto se verificó, retira todos los instrumentos, dejando el ojo en reposo

por algunos minutos. Después y antes de aplicar el apósito examina si ha quedado en la cámara anterior alguna substancia cortical del cristalino; con ligeras presiones procura expulsarlo, procurando queden bien coaptados los labios de la herida.

»Si el procedimiento que emplea el Dr. Castillo es seductor por su sencillez, no lo es menos por la habilidad y rapidez como lo practica, en que no cabe más, pues desde la punción de la córnea á la salida del cristalino cataratado no transcurren treinta y cinco á cuarenta segundos.

»En cuanto á los resultados, los enfermos quedan con excelente visión y apenas se conoce la cicatriz corneal, lo que he podido comprobar en enfermos dados ya de alta». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Noviembre de 1900.

Luxaciones repentinas de la cadera en los períodos incipientes de la coxalgia.— El Dr. Berger leyó un informe sobre cinco observaciones del Dr. Kirmison.

El primer caso se refiere á una niña de doce años que á los dos meses de principiar una coxo-tuberculosis, sufrió la luxación del femur. Cloroformizada la enferma, se redujo la luxación; á los pocos meses se formó un absceso de los glúteos, que cedió con las inyecciones de éter iodoformado, y la enferma curó.

El segundo enfermo padecía coxo-tuberculosis tratada por la extensión en el lecho; de repente hubo luxación del femur; se redujo después de cloroformizar el enfermo que curó al fin.

En el tercer caso se trataba de un niño de seis años al que se aplicó un aparato para curar una coxalgia izquierda; de pronto se presentaron en la cadera derecha dolores que se atribuyeron al reumatismo; á los dos meses luxación del femur. Reducción. Abscesos glúteos tratados por las inyecciones de éter iodoformado. Curación del enfermo.

El cuarto caso se refiere á un niño, el que dos meses después de una caída con las piernas separadas, tuvo luxación espontánea del femur. Reducción; curación.

En la última observación la radiografía demostró una luxación en un coxálgico.

Estas luxaciones repentinas de la cadera, ocurridas en los períodos incipientes de la coxalgia, se presentan con todos los signos de las luxaciones traumáticas.

Cuanto á su etiología, el poco tiempo transcurrido entre el principio de la coxalgia y la aparición de la luxación, hace creer que no se ha destruído el borde de la cavidad cotiloidea ni absorbido la cabeza del hueso ni destruído en gran extensión la cápsula. Es necesario admitir la contracción de los músculos favorecida por la acumulación de líquido en la cavidad articular que obligan á la cabeza del femur á salir de la cavidad cotiloidea.

El pronóstico es benigno, porque en todos los casos la reducción ha sido seguida de curación. Los abscesos presentados en dos enfermos pertenecen á la categoría tan conocida de abscesos de curación.

Tratamiento del cáncer por las inyecciones de un suero anticelular—El doctor Le Dentu: El Dr. Wlaeff cree haber demostrado á la vez la naturaleza parasitaria del cáncer y la acción específica de los parásitos que dice ha aislado y cultivado.

Se comprende que el Dr. Lucas Championnière haya hecho salvedades respecto á este particular. Una serie de desengaños recientes, después de afirmaciones anticipadas, es á propósito para mantener el excepticismo. Las premisas del trabajo del Dr. Wlaeff son sospechosas y los resultados de sus experimentaciones no pueden considerarse como demostrativos en absoluto. Es de lamentar que no haya hecho sus experimentos en ratones blancos verdaderamente inoculados de cáncer, según el método en series. ¿Cómo admitir, por otra parte, sin reserva, que los tumores desarrollados en las ratas inoculadas eran realmente de naturaleza cancerosa cuando se ve que parásitos vegetales como el aspergilo y los micetos de la actinomicosis pueden engendrar tuberculosis falsas y producciones capaces de constituir tumores y de generalizarse en el organismo? Además, estos tumores formados en los animales inoculados ¿tenían los caracteres histológicos de los tumores epitélicos? Si el Dr. Wlaeff hubiera podido afirmarlo, es probable que el doctor Lucas-Championniére no dejaría de citar un dato tan importante.

¿En estas condiciones, quedando en duda el carácter específico de los blastomicetos de Wlaeff, qué resulta de la deducción que saca, á saber la eficacia, aun relativa, del suero de los animales inmunizados por él? Los resultados de los ensayos del autor, los de los Dres. Lucas Championnière, Berger y Reynier, responden á esta pregunta: son incompletos, poco durables, y la acción del suero empleado, que parece indudable, debe tener su razón de ser en otra cosa que un parentesco efectivo entre el parásito de donde procede y los neoplasmas que influye.

Indudablemente, se han obtenido resultados, pero no creo que difieran gran cosa de los que se obtienen por las inoculaciones de cultivos del estreptococo de la erisipela (puros ó asociados), por las inyecciones de suero de los animales inoculados con el mismo jugo ó con la pulpa de tumores cancerosos, con las inoculaciones de levadura de cerveza.

¿Obra el suero de Wlaeff atacando los elementos accesorios del cáncer? ¿Poseerá, por el contrario, una verdadera acción específica? El Dr. Wlaeff tiene á su disposición un medio de análisis excelente. En vez de limitar el empleo de su suero á los tumores del tipo epiléptico, que lo emplee también en los de tipo conjuntivo, en los sarcomas y en los neoplasmas, que tienen cierta analogía con ellos. Si este suero es en tales casos completamente ineficaz, sería un principio de prueba de su carácter específico; las dudas que

inspira se disiparían algún tanto. Si, por el contrario, modifica los sarcomas como los epiteliomas, este suero no tendrá derecho alguno á la especificidad.

Hechas estas salvedades, no puedo menos de decir que dicho suero, quizá con más constancia que los líquidos empleados hasta ahora, influye sobre los tumores epitélicos.

A propósito de los ensayos del Dr. Wlaeff, creo conveniente insistir de nuevo sobre el perjuicio inmenso que se irrogan los enfermos por no someterse á un examen completo desde el primer día que saben padecen un tumor sospechoso. A causa de esta falta, acuden con frecuencia, muy tarde, cuando los tumores son inoperables ó poco menos. La idea de la intervención precoz no está suficientemente generalizada.

Toda dureza, toda ulceración sospechosa en una mucosa, toda tumefacción limitada en una glándula mamaria, aun en la mujer joven, y sobre todo en las que tienen más de cuarenta años, debe suprimirse lo antes posible.

El Dr. P. Berger : Manifestaré que el suero de Wlaeff ha sido hasta ahora inocente, pero que no sucede así con los diversos líquidos citados por el Dr. Le Dentu ; el estreptococo, en particular, ha producido accidentes graves y hasta un caso de muerte en un enfermo que continuó el tratamiento fuera del Hospital, contra el consejo del médico.

No he experimentado el suero del Dr. Wlaeff en el sarcoma, porque en todos los casos que he visto, estaba indicada la intervención, y operé en vez de experimentar el suero. Cuanto á la acción que éste puede tener sobre el sarcoma, recordaré que estos tumores son muy sensibles á los efectos de las diversas levaduras. La esencia del fenómeno es desconocida, pero su existencia no puede negarse ; la levadura de cerveza produce mejorías locales, pero la afección sigue su curso general y se ven sobrevenir las metastasis.

En resumen, por precarios que sean los resultados obtenidos con el suero de Wlaeff, creo que, dada la insuficiencia de nuestros recursos en los cánceres inoperables, constituye un medio de experimentación y hasta de tratamiento que no debe desdeñarse.

El Dr. Lucas-Championnière : No es cuestión de tratar, á propósito del suero de Wlaeff, la oportunidad de operar pronto los cánceres, porque ni Berger, ni Reynier, ni yo, hemos pensado en recurrir á las inyecciones, excepto en los casos inoperables.

El Dr. Le Dentu : Estamos, indudablemente, todos de acuerdo sobre este punto, pero he creído útil recordar que, á veces, por culpa de los médicos, casi siempre por temor de los enfermos, el cirujano, en el caso de cáncer, es llamado á intervenir demasiado tarde.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARIS

Sesión del día 4 de Diciembre de 1900 (1).

De la artrotomía por luxación antigua del hombro. — El Dr. Nélaton: Hace un mes próximamente que el Dr. Ricard nos presentó un enfermo que había tratado por la artrotomía, por padecer una luxación antigua del hombro, y nos hacía resaltar que el resultado había sido satisfactorio. Recientemente he examinado al operado y, aunque los movimientos del hombro han ganado en amplitud en estos últimos quince días, me parece que el resultado no ha sido más que mediano. Dos veces he practicado esta operación en circunstancias semejantes, y aunque la cicatrización se haya obtenido con rapidez y sin supurar, los resultados tardíos han sido muy medianos. Puede suponerse que es posible obtener mejores resultados fundándose en la estadística publicada en 1892 por el Dr. Delbet, quien de 25 casos obtuvo 12 resultados buenos y 6 muy buenos. Desde luego haré notar que estos últimos casos son poco numerosos, y que, en general, todos los resultados llamados buenos son discutibles. Hay enfermos que nada pueden ganar con una artrotomía, mientras que en otros los movimientos son muy limitados y entonces se puede pensar en una intervención. En tales casos, prefiero á la artrotomía una resección de la cabeza humeral.

El Dr. Delbet: Participo por completo de la opinión del Dr. Nélaton. Después de publicar la estadística he visto algunos operados y siempre he observado que el resultado de la operación era mediano. Por lo tanto, cuando deba intervenirse, creo que debe ser preferida la resección.

El Dr. Ricard: Yo no presenté mi enfermo como un hermoso ejemplo de éxito, sino como un ejemplo de intervención, aunque puedo añadir que cada día se acentúa la mejoría en lo que se refiere á su estado y á los movimientos del miembro.

Cirrosis hepática; desagüe de las vías biliares; mejoría. — El Dr. Léjars: Trátase de una mujer de cuarenta y cuatro años que, como accidentes anteriores, había tenido un vómito de sangre y después algunos dolores en la región del hígado con un tinte subictérico de los tegumentos, y actualmente tenía una tumefacción redondeada y dolorosa que supuse era la vesícula llena de cálculos; hice la laparotomía y encontré la vesícula pequeña sin cálculos, lo propio que en las vías biliares; pero el hígado, que en su conjunto era más bien pequeño, tenía una coloración amarillo obscura y era duro y abollado; el examen de la bilis ha descubierto la presencia de pneumococus. A consecuencia de la operación, el estado del enfermo continuó igual al principio, pero al cabo de algunos días la bilis comenzó á salir en mayor cantidad y se observó una mejoría general, que se acentuó después y se estableció definitivamente hasta el punto de que la enferma se encuentra bien actualmente. Bajo la influencia del desagüe de las vías biliares, parece que se han corregido los accidentes cirróticos.

El Dr. Michaux: Se ha objetado al Dr. Pouchet, por el Dr. Hartmann, de

(1) La sesión del día 28 de noviembre se levantó en señal de duelo por la muerte del eminente cirujano de Lyon, Dr. Ollier.

haber abierto la vesícula biliar, la cual sólo debe incindirse cuando hay retención de bilis. En mi sentir, no es ésta la única indicación operatoria. Los hechos de Pouchet y de Léjars, prueban que dicha intervención puede ser útil en otras circunstancias. Respecto á la comparación entre la colecistostomía y la colecistenterostomía, que no creo sea una mala operación, se reconoce y admite que la primera es la operación de elección. En cuanto á la cirrosis, envuelta todavía en obscuridades, se sabe poco acerca de los resultados lejanos que dan las intervenciones, y es justo señalar que siempre han sido practicadas en el último período de la enfermedad, es decir, en condiciones desfavorables.

El Dr. Quénu: En un enfermo que padecía dolores vivos en el hipocondrio derecho, y en el cual había una gran tumefacción fluctuante por debajo de las falsas costillas, hice la laparotomía y encontré un hígado muy hipertrofiado con lesiones de perihepatitis y de peritonitis enquistada; se rompieron las adherencias y los dolores no han vuelto á presentarse.— Codina Castellví.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA INGLESA

Sesión del día 8 *de Noviembre de* 1900.

Algunos métodos nuevos de operación pelviana en la mujer.—El Dr. Rutherford Morison se ocupó en su trabajo de las operaciones siguientes:

I. *Resección abdominal de la parte superior del recto.*—Esta operación está indicada en los casos en que la supuración de los apéndices uterinos izquierdos interesan el intestino, en tal extensión que es preciso extirparlos ó cuando el abdomen se abre, porque un neoplasma canceroso de dicha porción del recto, se confunde con un ovario enfermo. La operación comprende los períodos siguientes:

1.° El intestino enfermo se excinde; 2.°, una canilla de cristal con tubo de goma se sujeta con fuerza en la extremidad superior de la flexura sigmoidea; 3.°, el tubo de goma se pasa por el recto y se hace salir por el ano; 4.°, se tira del tubo hasta que la extremidad superior cortada del intestino pasa dentro de la inferior, y entonces se sujeta con fuerza; 5.°, se aplica una ligadura alrededor é inmediatamente por debajo de la extremidad superior cortada y se sujeta fuertemente; 6.°, se tira de nuevo con fuerza del tubo hasta producir un grado ligero de la invaginación intestinal, que se mantiene por unas cuantas suturas de Lambert. A los ocho días, cuando más, el intestino ligado se esfacela y el tubo queda libre.

Ha practicado esta operación 14 veces: en 2 casos por piosalpingitis complicada y en 12 por cáncer; murieron 7 enfermas; la proporción de mortalidad es elevada, pero puede disminuirse limpiando el colon por la colotomía antes de practicar la operación radical.

II. *Operación para ciertas formas de parametritis.*—El Dr. Morison divide los casos de celulitis pelviana en tres clases: *a)* el plano inferior del ligamento ancho se afecta, el absceso sobresale en la vagina; *b)* el tejido celular del ligamento ancho situado entre sus hojas peritoneales es invadido, el

absceso sobresale por encima del ligamento de Poupart; *c*), los vasos linfáticos y los ganglios situados á lo largo de los vasos ilíacos, se afectan y el absceso se halla en la parte superior de la pared posterior pelviana ó en relación con el psoas y el ilíaco. En este último caso el pus no se encuentra operando por la vagina, y como ha tenido dos casos fatales por evacuar el absceso abriendo el abdomen, en la actualidad emplea el método siguiente:

Abre el abdomen por una incisión de 15 á 20 centímetros de larga hecha en el tercio medio de una línea dirigida desde el centro de la parte posterior del espácio íleo-costal á 5 centímetros por encima de la sínfisis. A través de esta incisión el diagnóstico se confirma palpando el útero, los ovarios y las trompas, y se conocen las relaciones del absceso. La incisión se prolonga después hasta la parte posterior del espacio íleo-costal á través de los músculos oblícuo y transverso, dejando intactos el peritoneo y la aponeurosis transversa. Después el peritoneo y dicha aponeurosis se dirigen hacia adelante, con pinzas y con la mano izquierda introducida en el abdomen como guía, el índice derecho introducido en la parte posterior, abre el absceso perforando la aponeurosis transversal en la parte más gruesa de la tumefacción. Un tubo de desagüe y gasa iodoformada para taponar completan la operación.

Veinte casos operados por este método curaron todos.

III. *Inspección de las arterias uterinas durante la histerectomía abdominal.*—Acostumbra el Dr. Morison durante la histerectomía vaginal á sujetar las arterias uterinas con pinzas y á extirpar el útero antes de ligarlas.

IV. *Operación contra la incontinencia de orina en la mujer.*—En un caso de incontinencia de orina con uretra abierta, practicó el Dr. Morison la operación siguiente:

Hizo una incisión de 5 centímetros en la línea media del abdomen entre el ombligo y la sínfisis, dividiendo los tejidos hasta el peritoneo, colocó después la enferma en la posición de la litotomía é hizo después otra incisión alrededor del orificio de la uretra. Practicó luego otra incisión á través de la pared vaginal anterior á lo largo de la uretra hasta 5 centímetros de la base de la vejiga. Separó completamente la uretra y el cuello de la vejiga. Introdujo por la abertura, por encima de los pubis junto á la sínfisis pubiana y en la vagina, unas pinzas hemostáticas cerradas; cogió con ellas la extremidad de la uretra, la dirigió hacia arriba y la unió á la piel de la incisión de la pared abdominal. El resto de la incisión lo cerró alrededor de la uretra, é introdujo en la vejiga un cateter de goma que sobresalía por la herida abdominal anterior. A los quince días la herida estaba curada.

El objeto de esta operación fué sólo permitir á la vejiga contener la orina. Hoy es capaz de contener litro y medio de orina sin que se vacíe por la tos, los estornudos, etc. Cuando la enferma adopta la postura conveniente, vacía con facilidad su vejiga.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BERLÍN

Sesión del día 13 *de Julio de* 1900.

Sobre la cuestión de la eclampsia. — El Dr. Bolle dice que en las vacas se presenta á veces durante el parto ó el puerperio una afección que tiene gran semejanza con la eclampsia humana; solamente las vacas jóvenes, robustas y gordas enferman de esta manera. Los ataques se presentan casi de repente y adquieren á veces un carácter epileptiforme, desapareciendo la sensibilidad hasta en la córnea y observándose ptosis y amaurosis, fenómenos que se desvanecen gradualmente durante la convalecencia; en 11 de 25 casos hubo albuminuria. La autopsia muchas veces no arroja nada anormal; como lesiones secundarias, se mencionan edema cerebral y pulmonar, hemorragias hepáticas y á veces nefritis parenquimatosas. Se cree que se trata de una auto intoxicación. Hasta hace poco la terapéutica era impotente, siendo la mortalidad de más de 50 por 100; con el moderno tratamiento, mediante el ioduro potásico, la mortalidad ha descendido á 10 por 100.

La analogía de esta afección con la eclampsia de la mujer indujo á hacer ensayos con el tratamiento iodurado también en esta última, sometiéndose al mismo de 22 casos los 17 más graves, dos de los cuales ingresaron en la Clínica ya moribundos; de las 15 pacientes restantes, 1 sóla murió, curando las otras 14. Estos ensayos se practicaron de fines de marzo hasta el 1.° de julio de este año de 1900.

El modo de administrar el ioduro potásico fué el de inyectar dos veces 3 gramos en el tejido conjuntivo de la región infraclavicular. El efecto no se manifiesta sino al cabo de unas seis horas, y por esto importa aplicar el remedio cuanto antes. El ioduro infiltra todos los tejidos y se descubre hasta en el líquido amniótico y en la orina del recién nacido. El iodo, puesto en libertad, penetra en todo el cuerpo y neutraliza las toxinas, lo mismo si proceden de la madre que del feto; además, el ioduro estimula la secreción urinaria y aviva la actividad cardíaca.

Estos ensayos se emprendieron independientemente de toda otra investigación, y por esto se publican ya los resultados para provocar la comprobación de parte de otras clínicas y particulares.

Lo que resulta probado es que el ioduro potásico no puede causar perjuicio y sí beneficio.

Tratamiento de las fijaciones patológicas del útero. — El Dr. Steffeck dice que en una capital como Berlín, en la cual la blenorrea es más común que en otra parte, las alteraciones complicadas de la posición del útero son una afección frecuentísima. Entre 2400 enfermas de su clientela privada, la desviación del útero inmovilizado hacia atrás se encontró en 140 = 5'8 por 100, y entre 3160 pacientes policlínicas en 227 = 7'1 por 100 de los casos.

En cuanto al pronóstico, las peores son las fijaciones debidas á la blenorrea; menos desfavorables son las producidas en el puerperio ó tras intervenciones intrauterinas, y las más favorables las consecutivas á hemorragias intra-abdominales, ya que en éstas puede resultar una *restitutio ad integrum.*

Los diagnósticos colectivos como «útero fijado» ó «paquiperitonitis» deben desterrarse, haciéndose en cada caso un diagnóstico muy preciso. Pueden distinguirse fijaciones *directas é indirectas* del útero, entendiéndose por las primeras los casos en que el útero *mismo* se halla fijado, y por indirectas los casos en que el útero queda retenido en una posición anómala por adherencias ó afecciones de los *anexos* ó de los *parametrios*. Por supuesto, también se observan combinaciones de las dos formas, pero terapéuticamente se confunden con las fijaciones indirectas.

El tratamiento dede amoldarse á si la fijación es directa ó indirecta, guiándose en ambas especies por la máxima de que el *procedimiento* ha de ser *conservador y conservante*.

Prescindiendo de los casos agudos y subagudos que todos, lo mismo si se trata de fijación directa que de indirecta, deben tratarse mediante el reposo en cama, el opio, el hielo ó las compresas de Priessnitz, en los casos *crónicos* hay que atenerse á lo siguiente: No será *jamás* un desacierto instituir el llamado «tratamiento absorbente» mediante el ictiol, el taponamiento de la vagina con material ligero ó pesado, aplicación de peso sobre el bajo vientre, baños, duchas calientes, etc., que prometen tanto mejor resultado cuanto más reciente sea la afección y cuanto más interesados estén en la fijación los anexos y parametrios. Esto quiere decir que las afecciones de anexos no son tan funestas como muchos suponen, sino que con un tratamiento adecuado, retroceden en muchos casos, quedando libre el útero. El método recién recomendado de cargar la vagina (más sencillamente taponándola con algodón glicerinado), influye favorablemente, abreviando mucho el tiempo del imprescindible reposo en cama.

En cambio, las fijaciones *directas* del útero de alguna fecha, se modifican poquísimo por el método absorbente; lo único que se consigue es el alivio de las molestias; si tampoco se obtiene éste, hay que recurrir á otros procedimientos. En cuanto al *masaje*, va disminuyendo el entusiasmo por este procedimiento; contra las fijaciones del útero, debería emplearse tan sólo cuando se trata de antiguos callos *parametríticos*; en los demás casos es más perjudicial que útil.

El *desprendimiento de Schultze* puede emplearse tan sólo en levísimas adherencias á la cara posterior del útero; pero aun en estos casos, los resultados no son alentadores; al menos no es posible garantir el buen éxito.

Para las fijaciones directas crónicas antiguas, necesitamos un procedimiento operatorio exento de peligro y seguro. Tal es una operación que Steffeck ha ido comprobando y perfeccionando en el curso de los últimos seis años y que designa con el nombre de «histerolisis vaginal».

Esta operación se efectúa en dos actos: 1.°, la colpotomía posterior con desprendimiento de todas las adherencias situadas hacia atrás; y 2.°, colpotomía anterior con desprendimiento de las adherencias situadas hacia adelante, histeropexia vaginal.

Después de abrir el repliegue de Douglas y de hender en dirección anteroposterior la pared vaginal posterior hasta la inserción en el recto, se penetra con dos dedos de la mano izquierda en la cavidad abdominal, para desprender por la vía roma paso á paso las adherencias del útero, hasta que éste quede enteramente libre y los dedos pasen por encima del mismo. La mano

derecha abraza al útero por fuera para ayudar las manipulaciones de la mano izquierda. Entonces se sutura la incisión vaginal y se procede á la colpotomía anterior. Después de abrir la cavidad abdominal, se coge el cuerpo del útero con una pinza, se le libra de las adherencias anteriores y se le fija á unos dos centímetros por encima de la inserción del peritoneo con hilos de séda, en el ángulo superior de la herida de la pared vaginal anterior, hendida por la mitad. El resto de la herida vagino-cervical, se cierra luego con suturas de catgut para restablecer la forma vaginal. Esta operación requiere de doce á treinta minutos, según la gravedad del caso.

En 25 casos, algunos gravísimos, se logró de esta manera, de un modo perfecto, la completa movilización y rectificación del útero; sólo al principio hubo un fracaso; en todos los demás donde marchó sin novedad, nunca hubo lesiones secundarias ni síntomas vesicales.

En las fijaciones *indirectas* consecutivas á afecciones de los anexos, el desprendimiento de las adherencias por sí sólo no sirve de nada; los anexos han de extirparse, razón de más para que en tales casos nos decidamos por la operación, tan sólo cuando todos los otros métodos han sido ya probados en balde. La laparotomía con histeropexia abdominal, debe quedar reservada para los casos en que la operación se hace por grave afección de los anexos; pero para todas las fijaciones *directas* debe preferirse la histerolisis vaginal, con doble abertura de la cavidad abdominal.

En las fijaciones del útero, cualesquiera que sean, debe prescindirse de la operación radical.

El Dr. Bröse opina también que conviene admitir la diferencia entre las fijaciones directas del útero y las indirectas provocadas por afecciones de los anexos, por más que haya autores que afirman que todas las fijaciones son debidas á afecciones de los anexos, y que éstas están curadas, si no se las encuentra en los casos de retroflexión fija. Gran parte de las fijaciones provocadas por enfermedad puerperal se producen sin intervención de los anexos. En cambio, las fijaciones debidas á blenorrea se producen exclusivamente por afecciones de los anexos.

En cuanto al tratamiento de las fijaciones indirectas que coincide con el de las afecciones de los anexos, Bröse está acorde con Steffeck en que la terapéutica ha de ser conservadora, puesto que tumores grandes de los anexos pueden curar perfectamente. Los mejores resultados se obtienen mediante el reposo absoluto en cama continuado por semanas y meses.

El método de pesos puede ejercer un influjo favorable en los procesos parametríticos de larga fecha, pero no en las afecciones de los anexos; la mejoría obtenida en tales casos debe ser debida exclusivamente al reposo. En cambio, el procedimiento de Schultze, de desprender las fijaciones á beneficio de la anestesia, le da muy buenos resultados, de modo que lo emplea en todas las fijaciones, aun las indirectas, después de cesar el proceso inflamatorio, antes de decidirse á operar.

En las afecciones graves bilaterales de los anexos, debe preferirse, á los llamados métodos conservadores, la operación radical vaginal, porque da mejores resultados y más duraderos.

El Dr. P. Strassmann, dice que en bastantes casos la retroflexión fija debe considerarse como proceso curativo, y por esto no conviene acometer tales

retroflexiones recientes, con tentativas de enderezamiento. El de Schultze le ha dado algunos buenos éxitos, pero sólo aquél útero debe considerarse como fijado, en cuyo enderezamiento se nota el arrancamiento de las adherencias. En un caso, durante el enderezamiento del útero, según Schultze, se rajó el fondo vaginal posterior cicatricial; se aprovechó naturalmente esta abertura para penetrar con el dedo y libertar el útero, suturando luego el desgarro; la paciente sanó.

El Dr. Jaquet dice que en vista de los apuntes policlínicos de la Clínica Ginecológica Universitaria y de los protocolos de autopsias del Instituto Patológico de la *Charité*, deben ser frecuentes los casos de adherencias en la pelvis femenina, y, en especial, de los de fijación del útero. Cree que el procedimiento de B. Schultze, para enderezar el útero, merece mayor atención que la que le concede Steffeck, cuyo método difícilmente podrá orillar todos los síntomas, sobre todo la esterilidad, cuando no el útero sólo, sino todos los órganos pelvianos, se hallan enredados en adherencias.

El Dr. Olshausen se declara acorde con Steffeck en casi todas las cuestiones, pero echa de menos la distinción entre fijaciones perimetríticas y parametríticas, que ciertamente no es siempre dable establecer, pero que determina la terapéutica, adaptándose el desprendimiento, según B. Schultze, tan sólo á las fijaciones perimetríticas, y el masaje y el tratamiento oneraria á las parametríticas. Es verdad que la operación radical se practica con harta frecuencia y precocidad, pero en los casos inveterados de salpingitis purulenta doble, da muchas veces mejores resultados que la simple salpingectomía doble. A la doble colpotomía, Olshausen prefiere la laparotomía, porque permite, con ayuda de la vista, deshacer todas las adherencias con seguridad y sin peligro.

El Dr. Steffeck replica á Bröse insistiendo en la innecesidad de la operación radical por peritonitis pelviana crónica, en la utilidad de la terapéutica oneraria y en los inconvenientes del método de Schultze; á Jaquet haciendo constar que, en 2 de 25 casos, observó embarazo después de la operación, y á Olshausen admitiendo las ventajas de la laparotomía, solamente para las fijaciones indirectas; en las directas se consigue siempre la movilización completa del útero, mediante la histerolisis *vaginal*.

(*Centralblatt für Gynäkologie*, 1900).—G. Sentiñón.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del dia 9 de Noviembre de 1900.

Ataxia centrípeta en el hombre y en el mono.—El Dr. Hering comienza recordando los trastornos que ha observado en la rana, en el perro y en el mono, después de la sección de las raíces posteriores de la médula espinal. En lo que se refiere á la analogía que existe entre los resultados de las investigaciones experimentales y los hechos clínicos que se observan en los ataxicos, insiste, sobre todo, en los puntos siguientes:

1.° Pérdida de las excitaciones centrípetas: esta pérdida es tanto más

considerable cuanto mayor es el número de vías centrípetas que quedan excluídas.

2.° Perturbaciones en la actitud del cuerpo.

3.° Atonía, la cual se revela, no sólo en su forma, si podemos decirlo así, más tosca, sino también como trastornos de coordinación, más delicados en los dedos (mono).

4.° La atonía se hace más graduada, cuando se excluye la influencia de la luz.

5.° Mayor movilidad pasiva, relajación muscular.

6.° Los llamados trastornos tróficos.

7.° Atrofia muscular, poco graduada (mono).

8.° Movimientos en las extremidades del animal en reposo, que se pueden comparar con ciertos movimientos no intencionados que se observan en las extremidades de los atáxicos, cuando éstos se hallan en reposo.

La atonía que se presenta después de haber seccionado las raíces posteriores, presenta diferente aspecto, según las variedades que presentan en su locomoción las diversas especies animales, pero en todas ellas se la debe interpretar como consecuencia de la anulación funcional de las vías centrípetas.

Esta atonía subsiguiente á la parálisis de las vías centrípetas, debe calificarse también de centrípeta, sin que este calificativo prejuzgue en lo más mínimo la cualidad de las vías centrípetas, por cuya anulación funcional sobreviene la atonía. La gran analogía que existe entre los resultados suministrados por la experimentación y los que proporcionan tanto la observación clínica, como las lesiones que la Anatomía patológica descubre en los casos de tabes, da derecho á calificar también de centrípeta la atonía de los atáxicos.

Sin embargo, otro de los problemas que hay que resolver, es el de si la atonía centrípeta de los atáxicos, se debe ó no interpretar como «sensorial». Hay motivo á pensar que este trastorno de la sensación, que se observa en los atáxicos, desempeña cierto papel que todavía no se puede precisar muy bien, pero que, sin embargo, en lo esencial debe atribuirse la atonía á la supresión de aquellas vías centrípetas, que sirven en el hombre para la regulación indeliberada é involuntaria de los movimientos, aunque no en el trayecto que recorren en la médula espinal, sino por medio de partes del cerebro, situadas en puntos más altos.

Conviene fijarse mucho en la diferencia que existe entre la atonía de los atáxicos y la atonía que se observa á consecuencia de la lesión de vías centrípetas en secciones más elevadas del sistema nervioso central. En este último caso la atonía no es tan pronunciada como en el primero, y se manifiesta más en los movimientos de ejecución delicada y difícil.

Contra la teoría «sensorial» habría que aducir, además de los argumentos ya conocidos, y que hasta ahora han quedado sin contestar, el hecho de que no existe armonía entre la falta de sensación de los movimientos y la atonía.

En el atáxico faltan por completo ciertos movimientos que el hombre sano ejecuta de un modo involuntario é impremeditado, de lo cual no tiene ningún conocimiento si no se le llama la atención acerca de ellos, y que

también realiza el mismo atáxico tan pronto como se le hace fijar en ellos. Las mismas tensiones musculares que se observan en el hombre cuando se examina la sensación de los movimientos pasivos ó, en su caso, de los cambios de posición, se verifican de un modo involuntario é inconsciente, y sólo cuando se le llama la atención acerca de este punto al sujeto examinado es cuando este último se da cuenta, hasta cierto punto, de su existencia.

Para evitar deliberadamente semejantes tensiones musculares, se hace preciso cierto aprendizaje, y éste se consigue con mayor ó menor dificultad en los distintos individuos. La supresión de estas tensiones musculares involuntarias por virtud de una inhibición intencional de las mismas, trae consigo, aun en el hombre que se halla en su estado fisiológico, ciertas perturbaciones, cuando se trata de examinar la sensación que producen los movimientos pasivos y los cambios de posición ó de actitud. Estas perturbaciones se observan más acentuadas en los sujetos atáxicos, y en tanto mayor grado, cuanto más abolidas se hallen dichas tensiones musculares involuntarias, á consecuencia de haberse perdido la función de las vías centrípetas.—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de las úlceras malignas por la cinoglosa. — Los profesores Isaconas y Poulopoulos, recomiendan la cinoglosa en los epiteliomas cutáneos, en la ulceración crónica del cuello y del útero, en la gangrena húmeda consecutiva al traumatismo, en la úlcera gástrica y en el cáncer del estómago, en cuya afección han obtenido algunas mejorías. En estos dos últimos casos la emplearon al interior á la dosis de 8 á 15 decígramos. Contra las demás afecciones indicadas, la usan tópicamente del modo que sigue: Después de lavar bien con la disolución bórica la superficie ulcerada, espolvorean sobre ella, dos veces al día, la cinoglosa, y cubren la herida con algodón esterilizado y usan venda. No recomiendan la cinoglosa oficinal preparada sólo con la raiz de la planta, sino polvo procedente de toda la planta raiz, tallo y flores. — (*The Medical Review*). — F. Toledo.

Tratamiento de la tos ferina.—El Dr. J. E. Godson recomienda principiar el tratamiento por la inhalación continua de creosota. Es preciso curar la bronquitis antes de administrar al interior los anti-espasmódicos. Curada la bronquitis, y siempre que la circulación sea normal, se administrará la antipirina á dosis conveniente y combinada con los expectorantes. En todos los casos son necesarios aire puro, vestidos de abrigo, luz y buena alimentación. Con este tratamiento la tos ferina cura por término medio á los diecinueve días. — (*Britisch Méd. Journal*). — F. Toledo.

La gasolina como mundificante y antiséptico.—En el Congreso celebrado por la Asociación médica canadiense en Otawa, en septiembre último, el doctor Riordan aconsejó la gasolina como mundificante y antiséptico quirúrgico.

Observando que el personal que maneja máquinas se limpia sus manos sucias y grasientas con gasolina en muy poco tiempo y de un modo muy completo, ha enriquecido su arsenal quirúrgico con una botella de dicho líquido que permite limpiar las manos en muy poco tiempo y hacerlas asépticas rápidamente y sin necesidad de cepillo, agua ni jabón. En efecto, las investigaciones practicadas han demostrado que la gasolina constituye un germicida muy eficaz. Hay que tener la precaución de no usarla cerca de una llama, porque es muy inflamable y peligrosa en este concepto. Por otra parte, si se aplica á mucosas produce mucho dolor. Se la puede utilizar también para heridas traumáticas, heridas ya cosidas y demás lesiones análogas.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento del lumbago por la acupuntura.—La acupuntura, dice el doctor J. Grant, es eficacísima en el lumbago y en otras análogas. Clava doce ó más agujas de acero (núm. 8) en el tejido muscular á distancia de 12 á 18 milímetros unas de otras y las deja clavadas unos dos minutos. El número de agujas varía según la extensión de la zona dolorosa. Las agujas deben penetrar en los tejidos de 12 á 18 milímetros. Se ha observado que el músculo dolorido y tenso se relaja y queda indolente al poco tiempo de clavarse las agujas; después de extraídas éstas, se lava y amasa la piel.

(*Montreal Méd. Journal*). — F. TOLEDO.

La atropina en el cólico miserere.—El Dr. Marcinowski (de Saarmund) refiere que, en vista de lo mucho que se aconseja la atropina en los casos de cólico miserere, lo empleó en uno muy grave de esta enfermedad, pero á dosis quíntuples que la máxima permitida (1 milígramo), si bien es cierto que no apeló á este medio sino después de haber usado infructuosamente los que se acostumbra á usar, y cuando ya el vómito comenzaba á tener muy mal olor. Inyectó 5 milígramos de sulfato de atropina, y con esto en las horas sucesivas el cuadro clínico mejoró de un modo evidente, ya no se presentaron más vómitos, el vientre se puso más blando, y á las seis horas el enfermo expelió gases y se produjeron deposiciones de consistencia de papilla. Desde entonces se suspendió todo tratamiento, excepto las aplicaciones de hielo, acabando al fin por curarse el enfermo.

(*Münch. méd. Wochenschr*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de la sarna en la infancia. — Perrin recomienda friccionar al enfermo todas las noches con la preparación siguiente:

Aceite de manzanilla alcanforado.....	100	gramos.
Ungüento de estoraque líquido.....	20	—
Bálsamo del Perú.....	5	—

A la mañana siguiente se le lava con jabón y agua caliente y se le espolvorea con almidón, ó, si la piel está inflamada, se aplica la pomada de óxido de zinc. Este tratamiento se continuará ocho ó diez días.

(*Bull. gén. de thérapeutique*). — F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES

CONSIDERACIONES ACERCA DE SU DIAGNÓSTICO Y DE SU TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO

POR EL

DOCTOR D. ARSENIO MARÍN PERUJO

Profesor libre de enfermedades del aparato digestivo. Madrid.

(Conclusión).

DIAGNÓSTICO DE LA HIDROPESÍA DE LA VESÍCULA BILIAR

Ya se ha indicado que hay muchos procesos y muchas combinaciones de fenómenos morbosos.

La orientación ha de buscarse tanto como en el incidente patológico á que se asiste, en el punto de partida y en la evolución del padecimiento. Condición precisa para la enfermedad; *la bilis no entra en la vesícula*; *hay obstrucción del conducto cístico* (por cálculos la inmensa mayoría de veces, pero también por un nódulo canceroso, por una adherencia inflamatoria, por inflamación sin adherencia, por concreciones mucosas, probablemente subordinadas á una de estas causas, etc.).

La base del diagnóstico está en la apreciación del tumor vesicular, relacionando después éste con otros síntomas.

La vesícula, con ó sin cálculos, y aun moderadamente distendida, escapa fácilmente á la exploración, conviene no olvidarlo; pero si la distensión es considerable (á veces es enorme, como la cabeza de un adulto), el gran abultamiento se aprecia bien.

El tumor es *liso, blando*, ó, por lo menos, no duro, y, en ocasiones, muy *tenso*; *ocupa la región correspondiente* á la vesícula, tiene forma no redonda, sino más ó menos *alargada*, es *movible con la respiración*; prescindiendo de este último carácter, el tumor tiene alguna

movilidad (á veces es extraordinaria), más bien lateral (en una enferma se apreciaba el tumor, confundido con el riñón móvil, en el decúbito lateral izquierdo).

He de manifestar que muchas veces, ante un abultamiento vesicular, se pronuncia la palabra infarto hepático. Hay que tener en cuenta que el tumor vesicular, además de su carácter respecto á forma, movilidad, etc., está en el borde del hígado, pero no se extiende en él.

Por lo demás, la percusión sirve de muy poco, siendo mucho más decisiva la palpación, que permite, en muchas ocasiones, coger el fondo de la vesícula. Respecto á la fluctuación, es síntoma que se indica en los libros y que no es para olvidarlo, pero que se aprecia en la práctica muy pocas veces.

Una enorme hidropesía del reservorio biliar puede ser confundida con un quiste del ovario, y más teniendo en cuenta que en aquélla *no hay ictericia* (á no ser que coincida un obstáculo por cálculo ó por inflamación en los canalículos); pero la conexión de la vesícula con el hígado y la movilidad respiratoria pueden insinuar bastante, en dicho caso y en casos de padecimientos del riñón, como la hidronefrosis, etc.

TRATAMEINTO DE LA HIDROPESÍA DE LA VESÍCULA

El tratamiento médico (faradización prudente, masaje suave, etc.), suele ser insuficiente en casos de gran ectasia vesicular, y entonces está indicada la intervención quirúrgica, empleándose la mayor parte de las veces la colecistotomía (abertura de la vesícula) en relación con la colecistostomía, que fija anteriormente la vesícula á la herida exterior.

Las estadísticas operatorias son bastante optimistas.

DIAGNÓSTICO DE LA ANGIOCOLECISTITIS

En rigor nosográfico, la *angiocolitis* corresponde al arbol biliar principal; la *colecistitis*, al arbol biliar secundario (vesícula, conducto cístico); la *coledocitis*, al conducto colédoco (y ciertas hepatitis infecciosas y la *cirrosis hipertrófica de Hanot*, á las angiocolitis *radiculares*).

Hay un hecho hoy admitido por todos y que explica la patogenia, la clínica y la terapéutica de las enfermedades de las vías biliares,

de las ictericias, etc. Este hecho es la *infección* de dichas vías, su *invasión microbiana.*

El *colibacilo* desempeña el papel principal de esta infección (también el *bacilo de Eberth*).

Los estreptococos, los estafilococos, etc , pocas veces dan la característica patogenética de la enfermedad.

Nadie pone hoy en duda que los bacilos, especialmente el colibacilo, tienden á invadir el arbol biliar, que salvan fácilmente la zona de limitación, ascendiendo por el colédoco, *puerta principal*, pero no única, y que en las vías biliares colonizan, por último, dando origen á la infección de éstas.

Esto es de toda evidencia.

¿Pero en virtud de qué condiciones *las vías biliares, estériles en estado normal*, se inflaman y se infectan? En una palabra, ¿cómo se explican las angiocolecistitis infecciosas?

Hay Profesores que hablan de infección sin querer admitir apenas la *preexistencia* de algo patológico que la determina. La *disposición morbosa previa*, las *condiciones del terreno* que invaden los bacilos, no son palabras vanas formuladas para aminorar el valor de la infección ; son realidades que se imponen y que explican gran parte de la patología de las angiocolecistitis.

La *angiocolitis descamativa* es muchas veces, según Galliard, una afección diatésica muy análoga á los eczemas que se encuentran en los artríticos y que se presentan en ciertas épocas del año como artrítides análogas á las afecciones cutáneas.

En el *catarro litógeno de Meckel*, la litiasis es lo primero, la infección lo segundo.

Dujardin-Beaumetz admite en muchos casos de angiocolitis infecciosas, disposiciones morbosas previas. Vauny opina de idéntico modo.

Hay, por último, muchos autores que no admiten que la angiocolitis sea siempre, ni siquiera la mayor parte de las veces, infecciosa.

Si se observan bien las opiniones y los hechos, resulta que el éxtasis biliar, el cálculo, la descamación epitelial de la mucosa vesicular, etc., han precedido á la infección, es decir, que los bacilos colonizan y se *desarrollan en vías biliares enfermas.*

No siempre sucede esto ciertamente, como por ejemplo, cuando en plena salud y sin el menor antecedente morboso, una indigestión engendra una toxihemia intestinal que invade é infecta el arbol biliar.

La infección de las vías biliares puede ser tan insignificante, llámese ó no *latente*, que apenas dé lugar á síntomas. En este caso, y aun en muchos intermedios de muy *atenuada virulencia* de los bacilos, á la clínica no importará mucho que sea ó no sea infecciosa la angiocolecistitis.

El mayor grado de infección suele estar representado en la prontitud de los fenómenos morbosos, en las fiebres intensas, en la gravedad de los síntomas.

Mas bueno es estar dispuestos, aun sin pruebas suficientes, que en determinados momentos no podrían obtenerse, á admitir las colecistitis infecciosas; pero este hecho con ser importante, no aminora el gran valor de la patología previa, de la disposición previa de las vías biliares, sin cuyo conocimiento no puede haber tampoco conocimiento de la infección.

Importa, pues, mucho hacer esta historia morbosa; ver si la litiasis, la angiocolecistitis, las influencias psíquicas, los enfriamientos, las *gastro-duodenitis* incidentales por propagación inflamatoria, la infección intestinal, los venenos colérico, tífico, malárico, etc., pueden producirla.

Las *ictericias* (con curiosos fenómenos de *vitiligo*, de *xantelasma*, de *prurito*, de *acolia*, de *infección*, y al hablar de la infección en la ictericia, bueno es indicar que se admiten que todas son infecciosas) *han de buscarse en las angiocolecistitis*; el *hígado biliar*, el *hígado esclerosado en zonas* ó *cirrosis hipertrófica* de Hanot, la *colangitis purulenta* (con existencia de pus en las vías biliares, que puede propagarse al parénquima); los resultados, para el hígado y para el organismo, que siguen á la *oclusión del colédoco*, las combinaciones de síntomas, ya de ausencia ó de presencia de ictericia, de atrofia ó de ectasia vesicular, de patogenia por cálculos ó por inflamación en los conductos, tienen grandísima relación con la angiocolecistitis, pero no pueden estudiarse en tan breve trabajo.

Por otra parte, las consideraciones hechas al estudiar el cólico hepático tienen aquí bastante aplicación.

Una angiocolecistitis de mediana intensidad dará origen fácilmente á los siguientes síntomas:

Abultamiento tumoral en la región de la vesícula (como una ciruela grande, como una pera, hasta como un puño, pero no enorme, como sucede en la gran hidropesía vesicular); generalmente *mate*; si hay después fluctuación en un punto y gran exacerbación de síntomas puede tratarse del *empiema*.

Dolor más ó menos intenso, sobre todo á la compresión; se trata de un órgano inflamado y, por tanto, sensible; la ectasia vesicular no suele ser dolorosa. Dolor cólico á repetición, sin expulsión de cálculos, aun cuando puede suceder que se expulsen.

No hay, sino excepcionalmente, *movilidad* (serosa inflamada y *adherida*).

Ruido de roce peritonítico (posible y aun probable *peritonitis circunscrita*).

Acaso fiebre, ictericia, *vómitos*, etc. Cuadro sintomático más ó menos severo y *persistente*.

Una colecistitis más grave da por resultado probable las siguientes *complicaciones* y *lesiones terminales*.

Inflamación peritoneal grave, pero más ó menos lenta, que permite las *adherencias* entre la vesícula y los órganos vecinos, como el duodeno, el colon transverso, el estómago, el peritoneo parietal, etc., con *trabajo ulcerativo*, *perforación* y *comunicación* consiguiente

El proceso es grave y requiere la intervención quirúrgica; pero la naturaleza suele realizarlo no pocas veces sin compromiso para la vida.

La comunicación más frecuente de la vesícula es con el colon transverso.

Yo recuerdo el caso referente á una muy respetable y conocida señora de Málaga, antigua colelitiásica, que había experimentado diversos y muy penosos ataques. El 25 de octubre del año 1895, tuvo uno tan grave, que se la administraron los últimos Sacramentos, creyéndose moriría aquel día. Pero experimentó una inesperada y evidente mejoría. Continúa en estado bastante satisfactorio durante un mes; vuelven las fiebres altas de 40°,3, que antes había tenido; aqueja grandes sufrimientos hasta el mes de enero, y un día se advierte que un voluminoso cálculo no puede franquear el esfínter rectal, habiendo necesidad de extraerlo. La enferma quedó bien y debe seguir sin novedad.

El volumen de este cálculo (véase el grabado) era:

Largo, 59 milímetros.

Parte más gruesa, 93 milímetros.

Parte central, 51 milímetros.

Peso, 25 gramos.

Estaba recubierto por capas de colesterina, y por la desecación se fué resquebrajando y concluyó por abrirse en dos mitades.

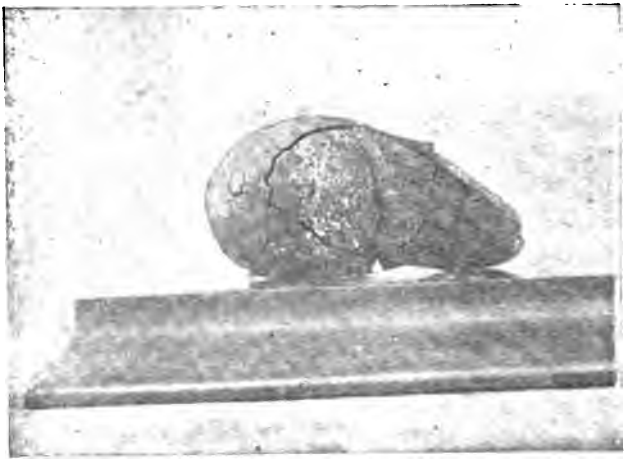
Es este caso uno de los más notables en la nada infrecuente esta-

dística de voluminosos cálculos de la vesícula que provocan la inflamación adhesiva de la serosa de este reservorio con la serosa intestinal, con ulceración perforativa y paso del cuerpo extraño al intestino.

Otras veces determinan estos grandes cálculos una *oclusión* intestinal, con los síntomas á ésta correspondientes.

Casos hay en que los cálculos provocan tiflitis y *apendicitis.*

Un abogado tuvo un ligero ataque de apendicitis. Pasado éste, advertí á la familia que se necesitaba plantear el problema quirúrgico, argumento que no convenció á ésta, desentendiéndose ya de afrontar la cuestión. A los dos años asistí á este enfermo de un cólico hepático con expulsión de calculitos. Entonces establecí relación



muy probable entre los dos hechos clínicos; supe que este enfermo había tenido repetición de ataques con dolor en zona vesicular y apendicular, y que al fin murió en una de estas crisis.

La comunicación con el estómago y con el duodeno ocurre otras veces.

No infrecuentemente, el trayecto fistuloso se abre camino á través de la pared abdominal, como un *flemón biliar*, con los síntomas que ya puede suponerse.

En alguna ocasión se observa la *rotura de la vesícula*, sin que ésta contenga pus, ó convertida en *absceso purulento*, y dando orígen á *peritonitis muy graves* que requieren rápido tratamiento quirúrgico.

Hay paracolecistitis y pericolecistis supuradas, fibrosas con ó sin derrame, grandes puohemias biliares, etc.

El pus puede insinuarse en los vasos de la porta y en el mismo hígado.

Muchos y muy graves pueden, pues, ser los procesos secundarios de una angiocolecistis, desde la leve y fugaz inflamación de la serosa, que no deja ni vestigios de adherencias, hasta las complicaciones que acaban de indicarse.

En las estadísticas operatorias hay cada vez más éxitos.

Además, la situación de estos enfermos no admite contemporizaciones. Nosotros estamos de acuerdo en este punto con el Dr. Bravo Coronado, gran defensor de la cirugía de las vías biliares.

TRATAMIENTO DE LA ANGIO-COLECISTITIS

El tratamiento médico de esta enfermedad es análogo al de la colelitiasis con cólico hepático. Frecuentemente, estoy por decir que la mayor parte de las veces, no puede asegurarse con absoluta firmeza si una vesícula está inflamada, tiene cálculos ó participa de las dos cosas. La colecistitis sobreviene fácilmente; la cuestión estriba en saber si el elemento inflamatorio representa un papel secundario, si es transitorio, si no deja ni el más leve indicio de inflamación peritoneal, y por tanto, ni el más insignificante ruído de roce ni la menor molestia. La observación dice que esto es verdad, y para los casos en que tal sucede, el tratamiento de la colelitiasis y del cólico hepático es, puede decirse, el tratamiento de la angio-colecistitis.

Se sabe el sitio probable de la obstrucción, *calculosa ó inflamatoria* de las vías biliares, por la ictericia y por la conducta de la vesícula. Si ésta tiene ectasia, si aparece abultada, tensa y no hay ictericia, la oclusión es cística, y puede decirse que hay *vía libre* para el recorrido de la bilis desde el punto de origen al intestino; si existe gran ictericia, sin y aun con repleción del reservorio, la obstrucción está en el colédoco. Pero esto no es absoluto, ni mucho menos; por ejemplo, enferma sólo la vía biliar accesoria (cístico, vesícula), puede haber ictericia, etc., por propagación inflamatoria á los conductos.

El conocimiento del sitio y de la clase de obstrucción ó de inflamación que hay en las vías biliares, establece preferencias terapéuticas en uno ó en otro sentido, según lo indicado en el cólico hepático.

Las *colecistitis complicadas*, desde las adherencias peritoneales que hacen la vida muy penosa (vómitos, dolores constantes, enflaquecimiento, dispepsia, imposibilidad de ejecutar algunos movimientos, etc.), hasta la supuración, los trayectos fistulosos y las comunicaciones anormales, requieren la ciencia del cirujano.

Aquí es donde el médico establece con toda firmeza y decisión la intervención quirúrgica. Un flemón biliar, una masa de adherencias con pus, la probabilidad, ante cuadro clínico severo, de la perforación, aun cuando ésta se verificara lentamente y como con gran preparación por parte de la naturaleza; otros procesos de la misma índole, esencialmente quirúrgicos, ¿á quién han de corresponder sino al cirujano?

La medicina debe estar muy atenta y muy diligente para precisar en la esfera asequible cuándo una angiocolecistitis es complicada.

Por lo demás, en la cuestión de procedimiento quirúrgico, todos pueden estar indicados según los casos; ya la simple incisión de la vesícula ó colecistotomía, ya la colecistostomía ó establecimiento de fístula, ya, en fin, la colecistectomía ó extirpación de la vesícula, la colecistoenterostomía ó comunicación del órgano biliar con el intestino, la coledocotomía, la coledoquectomía, la coledoenterostomía, la laparotomía simple con lavado desinfectante en los puntos más ó menos accesibles, etc. En este punto relativo al procedimiento que haya de emplearse, el cirujano deberá oir la opinión del médico.

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES

Czerni, Elliot, Robson, Courvoisier, Router y otros muchos profesores, han publicado interesantes observaciones sobre los tumores de las vías biliares, casi todos *malignos*.

Esta conclusión es la que importa establecer primero, pues la existencia de tumores quísticos, etc., es muy excepcional. Son, pues, malignos los tumores de las vías biliares.

Ahora bien, se puede precisar más la cuestión: la inmensa mayoría de los tumores malignos de la vesícula (casi todos se asientan en ésta; en los conductos son raros, predominando más en el conducto colédoco, en la ampolla de Water) son cancerosos.

La relación de la colelitiasis con el cáncer es evidente; hay autores, como Dieulafoy, que dicen que de 15 observaciones de cáncer de las vías biliares, 14 fueron colelitiásicos. Aunque la cifra me parece muy elevada, y no está de acuerdo con mi experiencia, es innegable

y es frecuente esta relación. Se cree (Zenker, etc.), que el punto de partida de la neoplasia es la ulceración ó la cicatriz de la mucosa que dan lugar muchas veces á los colelitos. Mas no está todavía averiguado si el cáncer precede al cálculo, dado que se tratara de colelitiasis con cáncer. En lo que se refiere á la edad de los enfermos, entre la opinión de Frerichs, que dice que el cáncer de las vías biliares ataca á los viejos, y la de Markant, citado por dicho competentísimo é ilustre Profesor, que observó un cáncer primitivo de la vejiga biliar en una mujer de veintiocho años, mis observaciones coinciden más con las de Markant. He visto, en efecto, que la enfermedad atacó á sujetos comprendidos en edades de treinta y tantos á cincuenta y tantos años.

Las variedades de cáncer son aproximadamente como las de otros órganos, y análogos su comienzo y su desarrollo. La neoplasia se inicia en el tejido submucoso, invade la túnica muscular y la túnica serosa. En la cavidad vesicular suelen observarse desigualdades, vegetaciones, y la bilis equivale casi siempre á un líquido sanioso más ó menos obscuro.

Lo más importante es lo que ocurre en la serosa; lo general es que se establezcan adherencias pericistíticas entre la serosa de la vesícula y la de los órganos vecinos, epiploón, peritoneo parietal, duodeno, colon transverso ó estómago, no siendo muy raro el que esta inflamación adhesiva termine por ulceración, con la consiguiente comunicación anormal, generalmente más fácil en el colon transverso. Los ganglios linfáticos se afectan muy pronto, y es, puede decirse, la regla general, que la vesícula primitivamente afectada, y casi siempre hipertrofiada, aumentada de volumen, suministre focos ó nódulos cancerosos, aquí y allá, con *obstrucción del colédoco.*

No es difícil el diagnóstico del cáncer de la vesícula; pero es cuando éste está ya más ó menos avanzado; cuando una *rápida consunción,* no explicable por otros padecimientos, lleva á la caquexia; cuando es ya más probable percibir, si no es en un día en otro, una *induración desigual en la región del reservorio de la bilis.* En dichas circunstancias, la *ictericia,* que se presenta en la mayoría de los casos, es intensísima, persistente, no cede y va acompañada de la *acolia,* igualmente persistente. Fácilmente se asocia la *fiebre* de la infección. Los vómitos, la ascitis, la inapetencia, el *dolor,* las hematemesis, son más falibles.

He tenido enfermos de cáncer de las vías biliares (ciertamente, no comprobadas por la autopsia, pero acerca de cuyo diagnóstico creo

no hubo error), que no aquejaban dolor ni vómitos; que no presentaban ascitis ni hemorragias; que tenían apetito y hasta gran sensación de hambre (el hambre de la inanición y del proceso biliar grave). Todo se reducía, en estos enfermos que digo, á una rápida demacración, con ansiosa expresión del semblante, á ictericia intensa y á diversos síntomas secundarios. Reconocida la región correspondiente, experimentaban unos molestia, otros dolor vivo, percibiéndose, ya de un modo muy claro, ya vagamente, una *induración desigual* y en ocasiones análoga á la que presenta la vesícula calculosa ó inflamada. En algunos, la verdad es que no me fué dable percibir ni indicio de induración cancerosa (vesícula inaccesible).

El *cáncer del píloro* (gran movilidad del tumor, gastroectasia por estrechez pilórica mecánica, etc.), el *del duodeno* (síntomas que casi siempre expresarán lo gástrico, lo intestinal y lo biliar), el *del colon transverso* (síntomas intestinales, sobre todo los relacionados con las deposiciones), el *de la cabeza del páncreas* (gran demacración, ausencia de tumor, etc.), pueden confundirse con el de la vesícula, vecina de dichos órganos.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LAS VÍAS BILIARES

No ya los médicos, los mismos cirujanos dicen que constituyen contraindicación operatoria la gran debilidad y falta de fuerzas, la generalización de la neoplasia (sobre todo en el parénquima hepático, en el páncreas, en los ganglios, en el conducto colédoco, en el duodeno), la infección.

Ahora bien, ¿cuándo dejan de concurrir una ó aun varias circunstancias de éstas? ¡Cuando no hay nódulos, masas cancerosas, aquí y allá, fuera de la periferia de la vesícula, ó gran debilidad, infección ó impermeabilidad del colédoco!

La medicina declara que son contadísimas las veces en que se hace el diagnóstico precoz del cáncer de las vías biliares. Cuando el enfermo va á los cirujanos, y, créanlo estos, al médico, hay fundados motivos para admitir la existencia de lesiones extensas, ó por lo menos, no matemáticamente limitadas á la vesícula.

El argumento que consistiese en decir que la colecistectomía total (extirpación de la vesícula) con resección parcial del parénquima hepático, no asusta á la cirugía moderna, sería inoportuno. No va en saber practicar, si no en si debe ó no practicarse operación de tal transcendencia, la cual, aun terminada felizmente, dará lugar á reproducción á plazo cortísimo.

Así es que yo, en la cuestión referente á la intervención quirúrgica en el cáncer de las vías biliares, estoy por la negativa.

Algo atendible sería la fórmula quirúrgica de Terrier, quien dice: «más vale extirpar una vesícula afectada de colecistitis crónica, que desconocer un carcinoma en su principio»; pero es admitiéndola como caso muy extraordinario.

Puede ocurrir, sí, que incidentes, procesos subordinados al cáncer y que amenazan la vida, reclamen una colecistotomía (simple incisión vesicular), ó una colecistostomía (establecimiento de fístula biliar), paliativas. Pero fuera de estos casos especiales, que habrán de precisarse bien, la operación curativa por la colecistectomía, la colecistoenterostomía, etc. (y menos la coledoquectomía ó resección de un trozo del colédoco) *no es realidad clínica.*

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ RIBERA Y SANS

Catedrático de Clínica quirúrgica y Director del Hospital del Niño Jesús de Madrid.

LECCIONES DE CLÍNICA QUIRÚRGICA, por el Dr. Ricardo Lozano.

Si siempre es de alabar quien intenta difundir la enseñanza, júzguese si en mi concepto merece pláceme aquel que, como el doctor Lozano, publica las Lecciones dadas en la Facultad de Medicina de Granada el mismo año que ganó por oposición la Cátedra de Clínica quirúrgica de dicha Facultad. Tal vez este mismo apresuramiento dañe algún tanto á su autor, porque tal vez pudiera discutirse si algunas de dichas Lecciones son más de Patología que de Clínica, así como algunas, las referentes á los tumores, son tan y tan concisas, que pudieran considerarse, como en demasía, elementales; pero aparte de estos hechos, es sumamente plausible el deseo del Dr. Lozano de dar á conocer lo que ha hecho en la Facultad de Medicina de Granada en los meses de febrero, marzo, abril y mayo de 1899.

Y vamos á hacer mención de aquellas Lecciones que, entre todas, merezcan más ser leídas. Dedica las dos primeras lecciones al estudio de un caso de fibroma de las fosas nasales y al tratamiento de los fibromas naso-faríngeos, en las cuales el autor, después de expo-

ner el caso práctico, analiza las teorías expuestas para explicar el origen de estos tumores, expone los diversos métodos seguidos para operarlos y describe el procedimiento por él empleado, en el cual hay bastante de personal.

Las lecciones 3.ª y 4.ª no son de las que más convencen; la disertación acerca de la osteomielitis estreptocócica y la fístula anal de origen apendicular, valen para aprender teóricamente estos dos órdenes de hechos; como hechos clínicos no pueden convencer.

En las lecciones 6.ª y 7.ª, estudia la pelvi-peritonitis, la apendicitis y la salpingitis.

Dedica la 7.ª, 8.ª y 9.ª á las fracturas transversales de la columna vertebral, lecciones á las cuales no se podía poner reparos si se tratara de Patología quirúrgica, pero que me parecen demasiado de Patología en unas lecciones de clínica.

La lección 10.ª, está consagrada á la sinovitis fungosa de los tendones, y me parece un lujo de diagnóstico diferenciar tales estados del sarcoma; la lección 11.ª está dedicada á las várices de las piernas; la 12.ª y 13.ª, al tratamiento del cáncer de la mama y á las recidivas; lecciones ambas bien expuestas; la 14.ª y 15.ª están destinadas al estudio del pié varus y patogenia y tratamiento de los piés zambos; en la 16.ª, estudia un caso de luxación antigua del hombro; la 17.ª y 18.ª, al tratamiento de los empiemas crónicos, sirviéndole de base un enfermo operado de toracoplastia; estudia en la 19.ª la historia de un enfermo con callo vicioso del femur; en la 20.ª, 21.ª y 23.ª, es decir, en tres lecciones, el cáncer y los angiomas, osteomas, condromas, papilomas, adenomas, linfo-adenomas, sarcomas, fibromas, lipoma, mioma, neuroma. Aun cuando la objeción no afecta al valor científico de lo que en dichas lecciones se expone, si me parece que tal como son expuestas dichas lecciones, más corresponden á un Tratado de patología que á unas Lecciones de clínica quirúrgica.

La lección 24.ª ya es más clínica, puesto que el estudio de la osteítis tuberculosa tiene por fundamento la historia clínica de dos enfermos; en la 25.ª, se expone una historia clínica muy curiosa de abscesos del tórax de origen pótico, y es una lección en la cual, sin reservas, se debe alabar al Dr. Lozano, pues tiene la sinceridad de confesar el error diagnóstico sufrido, lo cual ya es mucho en este tiempo, en el cual todos queremos siempre acertar.

La lección 26.ª, acerca de la lepra, es muy oportuna en Granada, dada la relativa frecuencia de tan temible enfermedad; en la 27.ª, expone una observación de fístula de la pared anterior del abdomen;

la 28.ª, está dedicada á la talla hipogástrica, perineal y litoplaxia, con motivo de un enfermo operado de talla; en la lección 29.ª, estudia un caso de osteítis tuberculosa: *forma adeno-osteítis*, denominación que tal vez pudiera ser objeto de alguna duda; en la 30.ª, los abscesos de la región poplítea con hechos clínicos; en la 31.ª, un caso de osteomielitis del hueso peroné; terminando dichas Lecciones con la lección 32.ª, dedicada á las artrotomías y resecciones de la rodilla con exposición de casos de resección y de casos de sinovectomía.

Como se ve, no fué pequeña la labor del Dr. Lozano en los cuatro meses antes dichos, y las Lecciones tuvieron que ser fructuosísimas para sus alumnos, y así es como, á mi entender, y siguiendo este camino, en día no lejano podremos aspirar á que nos tengan por ahí fuera la consideración que nos es debida; y como así lo creo, debo repetir los más sinceros plácemes al Dr. Lozano por su enseñanza y por la publicación de dichas Lecciones, lamentando, á la vez, que por unas ú otras razones, no prosiga el estudio y enseñanza de la Clínica quirúrgica.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Extracto de la sesión del día 24 de Octubre de 1900 (1).

Un caso de púrpura hemorrágica ó enfermedad de Werlhof en una embarazada.—El Dr. Soriano: Voy á molestar la atención de la Sociedad breves minutos, haciendo la exposición de un caso clínico, que si bien no ha de aportar ninguna enseñanza nueva, como es natural tratándose de mí, sometido al juicio de mis queridos consocios, quizá encuentren y deduzcan consecuencias que yo aprenderé con gusto, ya que yo no le doy más importancia que la de lo poco frecuente que se observa en la práctica de la especialidad obstétrica.

El 13 de septiembre de 1896 fuí llamado á la calle de Claudio Coello, número 29, para visitar á la señora de D. S. B., de veintinueve años, que se ha-

(1) Primera del curso académico actual.

llaba enferma. De mi primera visita resultó que se trataba de un embarazo de ocho meses y medio, que había tenido un parto fisiológico y breve dos años antes, y que hasta entonces no había sentido más molestias que las propias del embarazo. Quejábase de calofríos pequeños y repetidos desde hacía dos días, inapetencia, dolor en la región lumbar, continuo malestar general, mas una pequeña molestia al deglutir; temperatura de 38° y se observaba una extensa mancha rojiza en la región axilar izquierda, que no desaparecía á la presión, y de color rojo escarlata. El embarazo no había tenido alteraciones, apreciándose claramente los movimientos activos del feto. Viendo la cara posterior de la boca y las fauces, se notaba una rubicundez muy marcada de la mucosa. Aunque el cuadro clínico era incompleto y me hacía dudar la poca elevación de temperatura, confieso que sospeché una fiebre eruptiva, probablemente escarlatinosa.

Al día siguiente, en lugar de aparecer más claro el diagnóstico, me resultó más confuso, porque en ambas regiones subclaviculares existía una erupción punteada fina y en las paredes del vientre unas manchas pequeñas violadas que hacían un pequeño relieve en la piel. Como el estado general continuaba sin motivo de alarma y se sostenía la misma temperatura, consideré prudente continuar en expectación, y al tercer día aparecieron síntomas de parto, contracciones frecuentes del útero y dilatación del cuello. El período de dilación duró veinticuatro horas con integridad completa del amnios; durante todo ese período no pude apreciar movimientos activos ni latidos en el corazón fetal; la presentación era de vértice y la posición primera.

Llegó el período expulsivo, rompióse el amnios espontáneamente, y se realizó el parto en veinticinco ó treinta minutos, sin grandes esfuerzos por parte de la madre, saliendo un niño muerto.

Las secundinas se expulsaron espontáneamente á los diez minutos, y la matriz se redujo bien, sin más pérdida de sangre que la que corresponde á un parto normal.

Terminar el parto, mirar á la enferma y hacer el diagnóstico, todo fué uno. Toda la piel del pecho había adquirido un color gris obscuro, casi negro, lo mismo que la axila izquierda, y en la parte superior de la conjuntiva ocular de ambos ojos había un extenso derrame sanguíneo.

Llamé al marido y le manifesté que se trataba de una enfermedad muy grave siempre, pero aún mucho más en una parida. La enferma, que no había tenido hasta entonces más tratamiento que infusiones sudoríficas y dieta de caldo, fué en el acto sometida á dieta láctea, una poción de ergotina de Bonjean y 1 decigramo cada tres horas de sulfato de quinina, mas una observación esmerada por temor á una metrorragia mortal.

La rigurosa asepsia observada durante el parto se continuó con una limpieza exquisita de la cama y dos irrigaciones vaginales diarias con agua hervida, previo lavado de la vulva con solución de sublimado al 1 por 2000. En las primeras veinticuatro horas aumentóse la extensión de las equimosis del pecho, hasta invadir el vientre y los muslos; los derrames sanguíneos subconjuntivales se extendieron á todo el ojo, y el estado general de la enferma peor, con temperatura de 39° y décimas. Sustitución de la ergotina por la hazelina; á las treinta y seis horas del parto aparecieron hemorragias

nasales, y sobre todo gingivales, con inflamación y mortificación de la mucosa de la boca, encías y fauces, por lo que, viendo la inmensa gravedad, pedí consulta, que se realizó á las cuarenta y ocho horas de haber parido, con el Dr. Castillo de Piñeiro, que con su vasta ilustración cooperó en no poco á la lucha contra una enfermedad que se hacía superior á nuestras armas terapéuticas.

Conforme con mi diagnóstico, con mi pronóstico fatal y con mi tratamiento, apelamos al percloruro de hierro, ya que habían resultado ineficaces la ergotina y hazelina, sin contar los lavados de la cavidad bucal, antisépticos y astringentes. Tuve, por fin, la desgracia de ver morir á la puérpera á los tres días del parto, precediendo en pocos minutos á la muerte una hemiplegia del lado derecho que me hizo creer haberse verificado una hemorragia cerebral.

De este caso me ha llamado la atención:

1.° La muerte del feto con un parto tan bueno para él. Sólo el envenenamiento de la sangre de la madre transmitido al feto puede explicar su defunción.

2.° Su poca frecuencia. En dieciséis años de práctica, sólo recuerdo haber visto la púrpura hemorrágica en una jovencita de catorce años, pero no coincidía con embarazo y terminó con la muerte. Posteriormente al caso de mi historia, he tenido con la misma enfermedad, aunque tampoco era embarazada, una señorita de veinticuatro años, que también falleció, y que conmigo vió en consulta mi amigo el Dr. Grinda.

3.° Ha llamado también mi atención el no haber metrorragias, siendo así que parecía natural que la herida placentaria fuera el sitio más adecuado para que la sangre pueda escapar de los vasos.

En la obra de Hermann Eichhorst se asegura que la terminación natural es por hemorragia uterina.

Puesto á discusión el caso del Dr. Soriano, se expresan los Dres. Roca y García Coello en el sentido de la rareza del caso, sobre todo por haber muerto la enferma de hemorragia cerebral y no de hemorragia uterina.

El Dr. Robert pregunta al Dr. Soriano si hizo el análisis de la orina, porque la existencia ó no de albúmina podía diferenciar el caso con otro de escarlatina de forma hemorrágica.

El Dr. Soriano dice que hasta realizado el parto, no hizo el diagnóstico, y que no hizo el análisis de la orina.

El Dr. Benítez presenta la cuestión bajo distintos puntos de vista:

1.° Ante todo, dice, estoy conforme con el diagnóstico. Las dudas que tuvo el Dr. Soriano, las hubiéramos tenido todos. La escarlatina puede tener todas las formas, desde la apirética hasta la hipertérmica, desde la que tiene erupción grande de placa rojiza hasta la que no la tiene. No estoy conforme con que el análisis de la orina nos hubiera ilustrado. La orina albuminosa en los escarlatinosos, se presenta al final de la enfermedad.

2.° Esta señora dió á luz, y creo que esto es sólo una coincidencia, en el momento del parto se agrava, las hemorragias en la piel se aumentan, y el niño muere. Las hemorragias creo fueron debidas á los esfuerzos del parto, y no hubo metrorragia, porque los vasos se cierran después de expulsado el feto.

3.° No sabemos si el feto tenía las mismas manifestaciones en la piel que la madre, y sin el análisis de la placenta no sabemos de qué murió antes de nacer.

El Secretario de actas,
RUPERTO SÁNCHEZ.

PERIÓDICOS

Luxación humeral y fractura simple del muslo. —En *la Unión de los Médicos titulares de España*, publica D. Máximo Gutiérrez Colomer el caso siguiente:

Juan Martín, natural de Membrilla (Ciudad Real), de veintiún años, soltero, panadero de Administración militar. El día 12 de enero, yendo á desempeñar su tarea ordinaria, tuvo la mala fortuna de ser enganchado por uno de los volantes de la maquinaria, que le cogió por la cara interna del brazo derecho derribándole al suelo, en donde fué cogido de nuevo por el tercio superior del muslo, haciéndole perder el conocimiento. Cuando recobró éste, sintió gran dolor en la cadera derecha é imposibilidad de mover tanto el miembro superior como el inferior del lado derecho.

A su ingreso en la clínica de urgencia estaba en estado de shock, con palidez general, la mirada indiferente, sudor frío, insensible y embotada la inteligencia; el pulso filiforme y la temperatura general descendida. Presentaba en la cara interna del brazo derecho un surco de más de un dedo de profundidad, producido por la correa de la máquina. En la pared lateral derecha del tórax y en su parte superior una mancha equimótica de unos siete centímetros de larga por tres de ancha. Tanto la extremidad superior como la inferior del lado derecho, carecen de movimientos activos. Fácilmente se comprueba que la parálisis del miembro superior obedece á una luxación de la cabeza del húmero que comprime el plexo braquial, como lo demuestra la anestesia de todo este miembro y la falta de pulso en la arteria radial derecha.

La inmovilidad de la extremidad abdominal derecha, encuentra su explicación en la fractura del femur por el tercio superior. Explorando detenidamente, nos encontramos con que por la palpación se aprecia que la cavidad glenoidea del húmero está vacía, faltando de ella la cabeza del húmero que se palpa cerca de la apófisis coracoides. Haciendo ligera tracción del brazo, se manifiesta claramente un surco entre la cabeza del húmero dislocado y el reborde glenoideo. El hombro derecho se encuentra algo más bajo que el izquierdo y en general toda la extremidad está más delgada que la izquierda. El hueco axilar derecho está más disminuído que de ordinario, tocándose á través de la pared inferior de dicho hueco la cabeza humeral con una facilidad grande, lo que no se consigue en la axila izquierda, que está normal. La pared inferior del hueco axilar derecho se encuentra infiltrada por los exudados que se produjeron con la contusión, habiéndose condensado dichos exudados y formado tejido de nueva formación con adherencias fuertes. La extremidad superior derecha no sigue todos los movimientos, pues no se le puede echar hacia atrás ni hacia arriba, por impedirlo el

reborde de la cavidad glenoidea contra el cual choca el húmero. Todos estos movimientos se intentan con dulzura, pues es grande la inflamación de todos los tejidos periarticulares del hombro derecho. Es curioso anotar que se conserva íntegra la sensibilidad en todo el territorio del deltoides y en cambio hay anestesia completa del tercio inferior del brazo, del antebrazo y de la mano. El femur derecho estaba fracturado por su tercio superior por apreciarse la movilidad anormal y la crepitación características, así como por el dolor localizado en dicho punto.

Se trata en el presente caso de una *luxación subcoracoidea* de la cabeza del húmero del brazo derecho y de una *fractura simple* del tercio superior del femur del mismo lado.

El pronóstico de la fractura es leve, pues es una fractura simple. Respecto de la luxación del húmero no se puede asegurar tanto, pues hay que tener en cuenta que está comprimiendo el plexo braquial, no asegurando si después de reducida se establecerá la corriente nerviosa ó se habrá ya determinado la reacción de degeneración.

La fractura del femur se corrigió desde el primer momento mediante la coaptación de los dos extremos fracturados, colocando, una vez conseguido, dos férulas á los lados de dicho miembro, una interna, que llega hasta el escroto, y otra externa, que sube hasta el ilíaco derecho; rodeado todo de algodón y vendaje apropiado, estando sometido á la extensión y contraextensión para evitar el acabalgamiento de los extremos del hueso fracturado.

La luxación del húmero, no se ha corregido por estar los tejidos periarticulares muy inflamados; así es que la intervención ha consistido únicamente en el reposo y el vendaje sujetando el brazo contra el tórax.

El día 4 de febrero, se procedió bajo la acción del cloroformo á la reducción, sin que hubiese nada de particular durante la anestesia clorofórmica; se procedió á reducirla siguiendo el *procedimiento fisiológico*, haciendo seguir á la cabeza humeral igual camino y contrario al que siguió para dislocarse. Flexionado el antebrazo sobre el brazo se aproximó éste todo lo posible al tórax, tirando ligeramente hacia abajo y luego hacia arriba y afuera hasta colocar la cabeza en la cavidad glenoidea.

Durante la operación se notaba el chasquido producido por la rotura de las bridas fibrosas de nueva formación, las cuales hacían que poniendo el brazo en extensión se hundiese la piel de la pared inferior de la axila. Una vez conseguida la reducción se aproximó todo lo posible el brazo al tórax, haciendo que la mano del brazo enfermo se viniese á apoyar en el hombro sano y en esta posición se colocó el vendaje, procurando no cubrir el hombro para poner en él fomentos calientes y evitar la inflamación consecutiva á la operación, así como para evitar la reabsorción de los exudados.

A propósito de este caso dice el Dr. Colomer: «La correa de la máquina cogió el brazo por la cara interna, le puso en su máximum de extensión obligando á la cabeza del húmero á salirse de la cavidad glenoidea y alojarse debajo de la apófisis coracoides. Si el sujeto hubiese padecido alguna discrasia de las que alteran la constitución del hueso, lo más probable hubiese sido la fractura; pero estando el hueso en su normalidad, se luxó antes que fracturarse. La acción directa del volante sobre el brazo produjo una alteración del paquete vasculo-nervioso, lo cual unido á la compresión ejerci-

da por la cabeza humeral sobre el plexo braquial, da cuenta de la falta de pulso en la arteria radial y de la parálisis y anestesia de dicha extremidad.

La gran cantidad de exudados que se produjeron por el traumatismo y de los cuales aún hay alguna cantidad, es posible que impidan en parte el encaje recíproco de la cabeza humeral en la cavidad articular».

Cuerpos extraños en los conductos naturales.—El Dr. Bernardo Riera y Alemany publica en la *Revista Balear de Ciencias Médicas*, varios casos clínicos, de los cuales entresacamos el siguiente, por revestir más interés:

Se refiere á un niño de siete años, bien constituído y de regular desarrollo físico é intelectual. Se había introducido en la uretra, por el propio paciente, con la cabeza hacia la vejiga, un alfiler de cabeza negra, de unos 5 centímetros de longitud. El alfiler había sido proporcionado por la madre, y el niño daba suficientes detalles para que no cupiera duda del hecho; así que no restaba al clínico, para completar el diagnóstico, más que determinar la situación precisa del cuerpo extraño y formular la indicación que de ella se dedujera.

Examinada exteriormente la uretra, por presiones metódicas y cuidadosas en toda su longitud y recurriendo al tacto rectal, se comprobó bien la presencia del cuerpo extraño, ocupando la cabeza del alfiler la uretra membranosa, y la punta la zona final de la porción bulbosa. El enfermito orinaba con perfecta regularidad y sin acusar molestia alguna, y sólo respondía á puntos dolorosos en armonía perfecta con la situación que el examen objetivo señalaba al cuerpo extraño. Inútil decir que no creyó precisa exploración alguna complementaria por medio de las sondas; no podían añadir dato alguno nuevo, y podían, en cambio, alterar la situación del alfiler, haciéndolo más profundo ó enclavándolo en el tejido uretral, y aun aumentar los peligros con dislaceraciones, no siempre evitadas, á pesar de las mayores precauciones.

Para el tratamiento, dejó á un lado todo intento de extracción directa por el canal de la uretra, atendiendo á lo angosto del conducto, á lo fácil de las dislaceraciones de la mucosa, y á lo difícil de asegurar una prehensión del alfiler por la punta, bastante perfecta para no hacer peligrosa la extracción *vis á fronte*; le pareció teórico, y necesitado de no poca hábil paciencia, el método que pretende clavar la punta del alfiler en el extremo de una sonda blanda, ó el que trata de conseguir alojarla en una sonda abierta por su extremidad, y, una vez salvado así todo peligro de lesión, empujarla hacia el meato con presiones sucesivas sobre la cabeza, y prefirió recurrir al procedimiento de Cooper y Boinet, llamado por Boully de versión, demostrando el éxito que se había equivocado en la preferencia.

Este procedimiento lo intentó sin grandes esperanzas de éxito; así que, para mayor seguridad de terminar en una sesión, cloroformizó al enfermito y preparó todo lo necesario para practicar, caso necesario, el ojal uretral. El manual operatorio fué el siguiente: con el tacto rectal, buscó la cabeza del alfiler alojada en las comisuras de la uretra prostática, y apoyándola con seguridad sobre el pulpejo del índice izquierdo, buscó con el del derecho la punta, apreciable al través de los tejidos poco por detrás de la inserción anterior de las bolsas, y una vez en plena posesión de ambos extremos, una

compresión regular hizo aparecer la punta del alfiler al exterior al nivel señalado; cogióla un ayudante con una pinza fuerte, y con una tracción ligera la sacó al exterior, quedando solo la cabeza en la uretra; entonces, completada la versión y empujando ligeramente, apareció la cabeza en el meato, extrayéndose el alfiler sencillamente.

Duró la intervención menos tiempo del usado para describirla, y no hubo hecho post-operatorio alguno que mencionar. — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Diciembre de 1900.

Nævus enorme del labio superior. — El Dr. HALLOPEAU: El enfermo que presento padece un nævus voluminoso del labio superior. La prominencia del labio es enorme, pero sus funciones son normales; el único trastorno importante es la deformación considerable del arco dentario superior y de su borde alveolar. Esta alteración es debida á la compresión á que han estado sometidas durante muchos años estas partes á causa del tumor; los dientes no se han alterado. Estos angiomas faciales se atribuyen á un trastorno en la evolución de los arcos branquiales.

Hemorragias neuropáticas de las vías digestivas. — El Dr. LANCEREAUX: Las hemorragias neuropáticas del aparato digestivo principian á estudiarse de nuevo. Se presentan en los diversos puntos de este aparato: boca, estómago é intestinos. Son consecutivas muchas veces á una emoción.

No es fácil siempre diagnosticar la hemorragia neuropática del aparato digestivo de la que es debida á una lesión, úlcera, cáncer, etc. Pero estas últimas se caracterizan por su principio brusco y se repiten después de algún tiempo, mientras que en las neuropáticas hay prodromos, se repiten á intervalos muy largos y no van acompañadas de lesión material.

Las enterorragias neuropáticas, igual que las gastrorragias, rara vez producen la muerte y sólo son graves por su repetición; las primeras son menos graves en el intestino grueso que en el delgado.

En unas y en otras las indicaciones terapéuticas son parecidas: opiáceos, aplicación de hielo al abdomen, inyecciones de ergotina. Si la sangre procede del estómago, poción con veinte gotas de percloruro de hierro. En ciertos casos, á causa de la naturaleza de la enfermedad conviene administrar la quinina si la hemorragia se repite varios días en forma intermitente. Las emisiones sanguíneas locales pueden ser útiles, sobre todo, cuando la hemorragia intestinal es consecutiva á la supresión de un flujo hemorroidal.

Es preciso modificar la constitución nerviosa por la hidroterapia, el régimen y el ejercicio moderado.

Tratamiento de la fractura de la extremidad superior del húmero por la movilidad y el amasamiento. — El Dr. Lucas-Championnière: El enfermo que presento, ingresó en mi Clínica con fractura del húmero un poco más abajo de la impresión deltoidea. Fué tratado por la inmovilización y el amasamiento y no se le aplicó apósito alguno. A pesar de cierto grado de deformación y aunque no ha transcurrido más de un mes desde el accidente, el sujeto se halla en buenas condiciones, no siente dolor y puede utilizar su brazo.

La mayoría de los cirujanos continúan tratando las fracturas por apósitos que dejan aplicados cuatro ó cinco semanas. En la mayor parte de los casos, el apósito es impotente para modificar la deformación que mantiene la contractura. Después de algún tiempo el hombro queda rígido por completo y dolorido.

Desde que trato por la movilidad y el amasamiento las fracturas de la extremidad superior del húmero no he observado consecuencias graves, ni aun en los ancianos. Pero es preciso emplear estos medios con todo su rigor y lo antes posible.

Fosfaturia terrosa de origen dispépsico. — El Dr. A. Robin: Existe una forma clínica en la que al principio ó al fin de la micción se emite líquido lechoso; la orina tarda poco en entrar en putrefacción.

Esta forma morbosa reviste dos tipos, uno benigno y otro grave.

Los síntomas locales de la forma benigna son los siguientes: la orina es lechosa; hay en la uretra dolor que se mitiga después de la micción aunque no desaparece por completo.

Los síntomas generales consisten en síndromes neurasténicos, accesos de dispnea, bradi ó taquicardia. El estado general es malo, los enfermos están débiles, se fatigan fácilmente y sudan en abundancia.

Según el predominio de los síntomas, estos enfermos pueden clasificarse como fosfatúricos ó como neurasténicos ó anémicos.

En la forma grave, los síntomas generales son más marcados, el cansancio físico y moral y los trastornos cardíacos mayores.

Se ve salir de la uretra, antes ó después de la micción, una verdadera papilla fosfática. En ocasiones, esta papilla se concreta y se forman verdaderos cálculos uretrales cuya expulsión origina verdaderas crisis dolorosísimas que duran diez ó quince minutos.

He observado 43 enfermos de este género, en todos los cuales la fosfaturia dependía de un trastorno dispépsico.

Unas veces los enfermos no se quejan de trastornos digestivos, otras notan cuando más, dificultad ligera de la digestión y agrio en el estómago. Este se distiende más ó menos á causa del espasmo pilórico. El órgano está algo aumentado de volumen y dolorido. Hay coprostasis.

La acidez gástrica es elevada: 2'50 á 3'50 de HCl libre; la acidez clorhídrica combinada está disminuída. No hay ácidos de fermentación. El jugo gástrico contiene substancias albuminóideas combinadas, las sintoninas son normales, las peptonas variables, la digestión de los feculentos deficientes. Tales son los caracteres primordiales de este estado gástrico.

Los cambios orgánicos son casi normales. Las materias ternarias están aumentadas. El ácido fosfórico es normal al parecer.

Se entiende por fosfaturia la emisión de 2'75 á 3 gramos de ácido fosfórico en veinticuatro horas. Este dato no es exacto. Es preciso examinar ante todo la cualidad de ácido fosfórico por kilogramo de peso. En estado normal se eliminan en veinticuatro horas 0 gramos 0'35 de ácido fosfórico por kilogramo de peso. Esta cifra servirá de criterio para apreciar la fosfaturia.

Es preciso, además, que esté aumentada la relación del ácido fosfórico con la de azoe eliminado. Esta relación es de 18 en estado normal.

Aplicado este criterio á los enfermos considerados como fosfatúricos, se ve que no lo son el 75 por 100. El ácido fosfórico total no está aumentado en ellos. Lo que existe en exceso es la parte de ácido fosfórico unido á la magnesia y á la cal. En estado normal sólo está combinado con ellas el 25 por 100 del ácido fosfórico total; en dichos enfermos esta cifra se eleva á 35 por 100. La eliminación de cal y de magnesia es también excesiva.

¿Por qué estos enfermos son fosfatúricos terrosos? ¿Hay relación entre este síndrome úrico y el estado morboso del sistema nervioso? Es posible.

Existe además otra complicación que puede observarse en esta forma de fosfaturia. En el 80 por 100 de los casos, la orina de dichos enfermos contiene leucocitos. Puede invocarse una cistitis debida á la excitación que estos depósitos fosfáticos produce sobre las paredes vesicales. Quizá haya por la misma causa pielitis con hematuria que desaparezca espontáneamente.

El tratamiento comprende:

1.° Tratamiento de la dispepsia;

2.° Administración de fosfatos;

3.° Terapéutica del estado anémico.

Someto, ante todo, á los enfermos al régimen lácteo durante ocho á quince días, y después permito el régimen alimenticio normal. Administro luego la mixtura de Contaret:

Acido sulfúrico.....	2 gramos	60 centígramos.
— nítrico...		80 —
Alcohol.....	18 gramos.	
Agua.....	150 —	
Jarabe de limón.....	100 —	

Dos á cuatro cucharadas por día.

En cuanto los depósitos fosfáticos disminuyen, se vuelve al régimen normal. Después se prescribe el arsénico ó el cacodilato de sosa. Pueden emplearse además el glicerofosfato y el hipofosfito, y por último, el hierro.

El tratamiento hidromineral es utilísimo.

Durante las crisis se hacen beber dos ó tres vasos de agua ligeramente mineralizada ó de una infusión de habas, reina de los prados ó de hoja de morera, á la que puede añadirse 1 gramo de bromuro potásico, y si los dolores son fuertes se introduce en el recto un supositorio compuesto de 10 centígramos de opio en polvo y 1 de extracto de belladona.

En ciertos casos son útiles los baños de vapor trementinado y las inhalaciones de oxígeno.

Tal es esta medicación fundada en el estudio de la patogenia de esta afección curiosa y con la que se obtienen éxitos indudables. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 18 de Noviembre de 1900.

Sofocación por macroglosia en un niño sifilítico.—El Dr. Guinon: Los accesos por sofocación en los recién nacidos sifilíticos son conocidos hace tiempo, y Archambault y Sevestre han publicado casos de este género. He observado recientemente un niño de seis semanas, que fué conducido al hospital en pleno estado asfíxico. La dificultad respiratoria había principiado la víspera. Ví que este niño tenía escamas y vesículas en los piés, coriza ligero, insuficiente para explicar la sofocación, alteración del llanto, parecido al canto del canario; y me pregunté si se trataría de un absceso retro-faríngeo ó — cosa poco probable en esta edad — de un cuerpo extraño. Ensayé sin éxito la intubación, y como el caso apremiaba, practiqué la traqueotomía. Pude entonces examinar al niño, y ví que tenía la lengua enorme y y como despellejada. Tres días después, murió de bronco-pneumonía. A la autopsia se encontró la laringe normal. Es de creer que la lengua, á causa de su volumen excesivo, obstruía por su base la entrada de la laringe y ocasionaba la sofocación.

El Dr. Variot: Aunque la explicación del Dr. Guinon es muy plausible, manifestaré que los trastornos respiratorios son raros en los niños que padecen macroglosia.

El Dr. Guinon: He analizado en este caso las hipótesis de espasmo de la glotis por macroglosia, y por bronco-pneumonía. La segunda hipótesis no es aceptable, porque la bronco-pneumonía se presentó después de practicar la traqueotomía.

El Dr. Richardière: He observado un caso de macroglosia por tumor eréctil. Este niño jamás había respirado con facilidad.

Pneumonía infantil prolongada. — El Dr. Leroux: He observado dos casos de pneumonía infantil prolongada. El primer niño tenía dos años, y cuando le ví por vez primera, llevaba veinticuatro horas con fiebre elevada y presentaba un conjunto sintomático que hacía sospechar el principio de una pneumonía, aunque los signos de percusión y auscultación eran nulos. Estos signos se acentuaron al día siguiente. Al séptimo día, la fiebre se recrudeció y los signos locales quedaron desde entonces limitados al vértice derecho. La fiebre no desapareció hasta los diecisiete días de enfermedad. En el segundo caso, un niño de diez años llevaba enfermo seis días, y el diagnóstico fluctuaba entre la pneumonía y la fiebre tifoidea; el sero-diagnóstico demostró que no se trataba de esta última enfermedad. A los siete días, observé los signos típicos de la pneumonía. La temperatura principió á descender á los diecisiete días, y desapareció por lisis á los veintidós.

El Dr. Comby: Es preciso distinguir en las pneumonías prolongadas algunas variedades:

1.ª Las pneumonías serpiginosas, que se extienden desde la base al vértice ó al contrario, y duran quince á veinte días;

2.ª Las pneumonías de focos sucesivos. En el momento en que la pneumonía termina, aparece un nuevo foco en el mismo lado ó en el otro pulmón;

3.ª La pneumonía de recaídas *in loco*, como el primer caso de Leroux;

4.ª Las pneumonías prolongadas propiamente dichas.

Se observa á menudo, como en el segundo caso de Leroux, un período pirético que precede á la aparición de los signos físicos; en estos casos, la evolución del foco es más lenta y la defervescencia tardía. Este tipo se observa á menudo en las pneumonías grippales.

El Dr. Variot: He observado niños que presentaron síntomas generales de pneumonía durante uno á seis días, sin que se manifestaran los signos físicos de esta enfermedad. El examen radioscópico permite en estos casos ver el foco pneumónico en forma de sombra radioscópica ligera; puede predecirse así el sitio donde aparecerán más pronto ó más tarde los signos físicos.

El Dr. Guinon: Desde la epidemia de grippe, se ven á menudo pneumonías que se prolongan de un modo anormal doce y hasta diecisiete días. Existe una pneumococia de localización pulmonar tardía.

Epidemia de fiebre tifoidea.—Los Dres. Leven y Merklen narraron una epidemia de fiebre tifoidea desarrollada en el Hospital de Niños asistidos. No se trata de contagio intra-hospitalario, porque no había caso alguno de fiebre tifoidea en el Hospicio, y enfermaron al mismo tiempo en diferentes pabellones nueve niños, que no tenían relación entre sí. Se observaron á la vez bastantes casos de fiebre tifoidea en los conventos y colegios próximos. En cinco casos, la enfermedad fué tan atenuada, que hubiera sido imposible conocerlo sin el sero-diagnóstico que fué siempre afirmativo. Dos meses después contrajeron la fiebre tifoidea dos enfermeras.— F. Toledo.

SOCIEDAD OBSTÉTRICA DE PARÍS

Sesión del día 15 *de Noviembre de* 1900 (1).

La peste en las mujeres embarazadas.—El Dr. Laurens (de San Mauricio): He observado una epidemia de peste en San Mauricio y he podido apreciar las relaciones que existen entre esta enfermedad y la puerperalidad. Puede decirse en general que la peste es fatal en las mujeres embarazadas. Todas las que he visto han muerto, revistiendo la afección la forma septicémica. Para el hijo, el pronóstico no es tan desfavorable. El aborto es frecuente. En las criaturas que llegan á término, la mortalidad es de 88 por 100.

Hemorragia cerebral en una eclámpsica. — El Dr. Boissard: He observado en el Hospital Tenon una albuminúrica, embarazada de cuatro meses y con accidentes comatosos. Ante un estado tan grave, provoqué el aborto, introduciendo un globo en la cavidad uterina. La mujer abortó con rapidez, pero el estado general se agravó y la muerte tardó poco en sobrevenir. A la autopsia se encontró hemorragia meníngea abundante en los ventrículos laterales. Lo interesante de esta observación, es que la hemorragia se diagnosticó por

(1) Primera del curso académico actual.

el estudio termométrico. En efecto, el termómetro descendió bruscamente, y después ascendió casi á 40°, conservando esta cifra hasta la muerte.

Eclampsia en una mujer afectada de ictiosis generalizada. — El Dr. ANDÉRODIAS (de Burdeos): Sabemos que ciertas causas predisponen á la eclampsia. Entre ellas creo que debe incluirse la ictiosis generalizada, porque en este caso la piel no desempeña su oficio de emunctorio. He observado una mujer que padecía esta afección, probablemente congénita, y que tuvo cinco ataques de eclampsia en el momento del parto.

Infección del huevo intacto en el útero en el cuarto mes de la gestación. — El Dr. C. A. JEANNIN: Se trata de una secundípara de veintisiete años, de buena salud aparente, cuyo embarazo siguió su curso normal durante los cuatro meses primeros. Pero en esta época, á consecuencia de una insolación, se presentaron accidentes graves: escalofríos, fiebre, malestar general. A los tres días, la enferma fué conducida á la Maternidad de la Caridad; al ingreso, la temperatura era de 41° y principiaba el trabajo. Se anestesió á la enferma, y se extrajeron el feto y los anejos trozo á trozo. La operación terminó con toques con glicerina creosotada. Desde aquella tarde la temperatura no excedió de 37°. El puerperio fué normal, y á los doce días la enferma abandonó el hospital curada completamente. Esta observación, que puede incluirse entre los éxitos del aborto metódicamente rápido, es además interesantísima desde otro punto de vista: el líquido amniótico pudo recogerse con las precauciones asépticas necesarias, antes de romperse las membranas, y en los cultivos se encontraron el éstreptococo, el colibacilo y algunos anaerobios. Se trataba, por lo tanto, de una infección *in utero*, á pesar de la integridad de las membranas.

Observaciones sobre las infecciones cutáneas del recién nacido.—El Dr. KEIM: Un niño que nació prematuramente de una madre eclámpsica, presentó primero en las nalgas un eritema fugaz con algunas vesículas que contenían estafilococos. Se formaron con rapidez falsas membranas elevadas por serosidad poco abundante. El examen bacteriológico demostró la presencia del bacilo pseudo-diftérico, resultado que confirmaron los cultivos. Empleé el tratamiento por el suero Roux, no en inyección subcutánea sino en curas locales. Desde la primera cura la mejoría fué considerable; las falsas membranas desaparecieron á los tres días.

Investigando la etiología de esta pseudo-difteria, sólo descubrí coincidencias; tres personas que estuvieron en relación con el niño, habían tenido anginas de estreptococos. Recuerdo á este particular, la existencia frecuente del bacilo pseudo-diftérico en la boca de las personas sanas, su transmisión posible por el aire (Germano). El niño, nacido prematuramente, estaba predispuesto á la infección cutánea secundaria por la descamación activa de la piel y el desarrollo, imperfecto en sitios, de la capa córnea epidérmica.

El suero de Roux ha producido en este caso un resultado excelente igual que en otras afecciones para-diftéricas, como el ozena, el asma ó las anginas pseudo-membranosas no diftéricas.

Es necesario, en las infecciones cutáneas del recién nacido, confirmar el diagnóstico clínico por la bacteriología; así se sabrá las medidas de aislamiento que han de tomarse y el tratamiento que conviene emplear. En la

duda, conviene recurrir á la aplicación local del suero de Roux, que es inofensivo para el niño.

A propósito de un caso de desgarradura del útero. — El Dr. Brindeau: He referido en la Sociedad una observación de rotura del útero en la que practiqué la operación de Porro. Acabo de observar un segundo caso y he obtenido un éxito completo con la espectación. La mujer tenía estrechez pelviana y el médico había practicado la aplicación antero-posterior del forceps. Como la criatura estaba muerta cuando ingresó la enferma en el hospital, se practicó la basiotripsia. Después de la operación encontré en la pared posterior del útero una desgarradura transversal de 2 centímetros y medio que interesaba todo el espesor del músculo y que ponía en comunicación la cavidad de Douglas con la uterina. La desgarradura era debida á la presión de la cabeza sobre el ángulo sacro-vertebral muy saliente en esta mujer. Como no había hemorragia ni infección local, coloqué una mecha en la desgarradura mientras taponaba la cavidad uterina. El puerperio fué normal.

Dos casos de deformación del útero diagnosticada por partes patológicos.—El Dr. Schwar: Sabemos cuán difícil es diagnosticar el útero doble, lo que se hace muchas veces casualmente. He observado dos casos de este género en la Clínica Tarnier, en los que el diagnóstico se hizo al raspar la cavidad uterina después de un parto patológico. Uno de ellos fué interesante, porque se trataba de un aborto y la causa de los accidentes estaba localizada en el útero no gravídico.

Quiste del ovario operado al cuarto mes del embarazo. — Aborto trece días después de la operación. — El Dr. Andérodias: Antes se temía operar á las mujeres embarazadas, pero hoy todos los autores están conformes en operar durante la gestación á las enfermas de quistes ováricos. El embarazo sigue casi siempre su curso, sobre todo, si se opera en los primeros meses. La regla no es absoluta, porque he observado una mujer embarazada de cuatro meses y con quiste ovárico, á la que se extirpó el tumor; aunque la temperatura fué siempre normal, esta mujer abortó trece días después de la operación.—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 27 de Noviembre de 1900.

Mejoras posibles en el método de extracción de los cálculos y de los neoplasmas del interior de la vejiga.—El Dr. T. Smith dijo que su objeto era preguntar si la operación de cistotomía suprapubiana para la extracción de los cálculos y de los neoplasmas vesicales, es susceptible de mejoras. Como hoy la intervención peritoneal es mucho menos peligrosa que antes, cree que cuando se desea obtener la unión inmediata de la herida vesical, debe pensarse en la operación intraperitoneal, á causa de la facilidad con que las superficies opuestas del peritoneo se unen después de la sutura.

El Dr. Clement Lucas manifestó que el método intraperitoneal no ofrece ventaja alguna. El peligro de la operación primitiva, es la infección séptica

de la vejiga, y el peritoneo está más predispuesto á esta infección, que los tejidos fibroso y muscular.

El Dr. Bruce Clarke indicó que la cistotomía suprapubiana se practica generalmente en los estados sépticos de la vejiga, lo que contraindica el método intraperitoneal. Abrir de intento el peritoneo y permitir el derrame de substancias sépticas en la cavidad peritoneal, es una práctica incomprensible.

El Dr. Freyer dijo que la facilidad y sencillez de la operación suprapubiana, constituye su peligro principal. Según una estadística del doctor G. Barling, en 160 casos de litotomía suprapubiana, la mortalidad fué de 20 por 100, mientras que en la litotomía lateral y en la litolapasia fué respectivamente de 5 por 100. En ciertos casos, la cistotomía suprapubiana, es esencial, por ejemplo, en los cálculos voluminosos y en los tumores vesicales, pero no debe practicarse siempre. Las ideas del Dr. Smith son peligrosas. La distensión de la vejiga con aire, se ha empleado antes de ahora, pero es una práctica deficiente, porque en cuanto se incinde una vejiga distendida así, se retrae. Durante la extirpación de un tumor ó de un cálculo vesical voluminoso, se necesita inyectar una gran cantidad de agua, que puede arrastrar el contenido séptico de la vejiga hasta la cavidad del peritoneo.

El Dr. C. Heath indicó que no cree conveniente abrir el peritoneo, porque prefiere no cerrar la vejiga. De este modo queda la vejiga tranquila y pueden aplicarse los agentes terapéuticos á través de la herida. Es el único medio de saber con exactitud si se han extraído todos los cálculos.

El Dr. A. Barker manifestó que es importantísima la idea del Dr. Smith. Los peligros de la sepsis son pequeños. La vejiga debe irrigarse antes perfectamente, distenderse con aire y coserse á la superficie con unos cuantos puntos de sutura, y así se evita, casi por completo, todo peligro de sepsis. Una ventaja que contrarresta este peligro ligero, es la unión fácil de las heridas del peritoneo y la curación rápida de la operación. La comparación de la vejiga con el estómago, demuestra que las operaciones transperitoneales pueden practicarse casi sin peligro de sepsis.

El Dr. W. G. Spencer dijo que la operación debe considerarse no como una extensión de la cistotomía suprapubiana, sino como una nueva operación abdominal. El Dr. Milton, del Cairo, al extraer un cálculo voluminoso, abrió de intento el peritoneo, y cuando algún tiempo después murió este individuo á causa de otra enfermedad, no encontró rastro de adherencias peritoneales.

El Dr. J. Smith manifestó que había puesto á discusión la operación sin recomendarla. La mortalidad de la litotomía suprapubiana es mucho mayor que la de la lateral. Los detritus de la vejiga deben extraerse antes de abrirla.

Uretrotomía perineal y cistotomía á través de la incisión superficial transversa, según Celso.—El Dr. W. G. Spencer leyó un trabajo sobre una operación análoga á la descrita por Celso. La operación consiste en hacer una incisión superficial que cruza el periné por su punto central y cuyos extremos se encorvan hacia atrás en dirección á las tuberosidades isquiáticas á uno y á otro lado del ano. Las arterias perineal y bulbar de cada lado se sujetan con pin-

zas, el esfínter externo se desprende de su punto central y se retrae hacia atrás con la extremidad inférior del recto. Después se abre la uretra exactamente á lo largo de la línea media hasta detrás de la próstata, de modo que se llega al cuello de la vejiga sin desgarradura alguna. Esta herida media de la uretra está hecha de modo que el enfermo orina por la uretra á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y á los diez días no se derrama la orina por el periné. Cuando el enfermo abandona la posición de la litotomía, los bordes de la piel se reunen en el pliegue. En ciertos casos de estrechez uretral crónica con vías falsas, la operación permitió dividir el punto estrechado en toda su longitud y abrir las vías falsas, de modo que los enfermos curaron sin fístulas y pudieron introducir una sonda gruesa en su vejiga. Se han tratado por esta operación casos excepcionales de cálculo, en los que la litotricia ó la litotomía suprapubiana, estaba contraindicada por ser la vejiga sacciforme y estar contraída. La operación es superior, con mucho, á la litotomía lateral, porque previene la hemorragia y evita toda desgarradura de la uretra. En algunos casos de obstrucción prostática, cuando la vejiga es muy pequeña y la obstrucción depende principalmente de un infarto de los lóbulos laterales que forman un collar al cuello de la vejiga, la obstrucción puede corregirse por cauterio usado á través de un espéculo rectal. La hemorragia se contiene y el desagüe de la bolsa prostática se obtiene haciendo una escotadura profunda en la próstata hipertrofiada; la retracción del recto evita que sea lesionado.

El Dr. C. Lucas dijo que esta operación está menos indicada en los casos de estrechez porque pueden emplearse otros métodos buenos. En la hipertrofia prostática es más útil.

El Dr. Freyer indica que la operación está indicada de una manera especial en la hipertrofia de uno ó de los dos lóbulos laterales de la próstata.

El Dr. C. Heath dijo que la incisión debe, ante todo, ser suficientemente amplia. En algunos particulares no ofrece ventaja alguna sobre la antigua operación perineal media. Lo esencial es abrir la porción membranosa de la uretra, pero sin lesionar su raíz.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 14 *de Noviembre de* 1900.

Tratamiento tiróideo de la idiotez mixedematosa (*Tema presentado por el Dr. Neumann*).—El Dr. Stöllner: En dos años y medio he tratado cinco casos. El primero se refería á un mixedema completamente desarrollado; la inteligencia era normal. Este caso se curó por completo con la substancia tiróidea; en cambio, los demás casos, que eran más graves, sólo se mejoraron. Durante muchos años se consideró á estos niños como raquíticos. Conviene, por lo tanto, distinguir á tiempo el mixedema del raquitismo.

El Dr. Ewald: En Berlín es muy frecuente la idiotez mixedematosa ó mixedema infantil. El niño que aquí comparece, ya en el momento de nacer había notado la comadrona que no tenía huesos, que el vientre estaba abul-

tado y que existía una hernia umbilical. Los labios estaban abultados, la lengua se salía de la boca. Esta criatura tenía gran estreñimiento, y su inteligencia estaba sumamente atrasada; la talla era de 84 centímetros y medio. Con la administración de 205 pastillas de Borrough ó de Beyer, el niño creció 12 centímetros y medio, y mejoraron la inteligencia y los demás síntomas.

Se conocen otros casos análogos, v. gr., el de Byron-Bramwell, en los que el aumento de talla se pudo seguir numéricamente bajo la influencia del tratamiento, y debo hacer notar contra la opinión de Neumann, que también se observa aun en una edad algo adelantada.

Es necesario continuar por mucho tiempo con el uso de substancia tiróidea, para evitar las recidivas, y con este motivo, haré presente que, según me escribe una enferma, el efecto terapéutico se amortigua con el tiempo, pero no respecto á los efectos secundarios y desagradables. Estos se pueden evitar con el uso simultáneo del arsénico. En cambio, este medicamento es impotente contra las recidivas.

El hecho de que con el tiradeno y tireocolágeno, se obtienen también buenos resultados, demuestra que todavía no se conoce bien el principio activo. La substancia tiróidea también es eficaz en los casos de «mixedema frustrado», de Hertoge.

El Dr. Hebner: Es preferible la denominación de «mixedema infantil», porque en realidad, el embotamiento de la funciones psíquicas, no llega hasta la idiotez. En un gran número de casos de la práctica particular, el éxito obtenido fué sorprendente y hasta maravilloso, por más que los resultados obtenidos al principio no siempre se siguen observando en el curso ulterior; las condiciones higiénicas en que se encuentra el niño influyen mucho en este concepto.

El tratamiento consistió siempre en las pastillas de Borrough, que sólo en un caso se dejaron de administrar durante un corto intervalo. Al principio hay que proceder con gran cautela y no dar más que un cuarto de pastilla, por temor á los efectos que se pueden producir sobre el corazón; después se puede ir aumentando la dosis de un modo gradual y bastante rápido. En un caso de idiotez, en que empleé la substancia toróidea sin estar muy indicada, y sólo por acceder á los deseos del padre, se murió el niño en colapso, porque, á pesar de lo que se les había advertido, siguieron administrando el medicamento, no obstante haberse presentado vómitos.

Como forma frustrada de mixedema, citaré el caso de un niño de dos años, muy inteligente, pero que aún no podía andar. Tenía un color amarillo y caquéctico, las extremidades frías y abotagadas, un rodete adiposo en la nuca, el pulso pequeño, la piel áspera, etc. También esta forma puede ser ocasionada por un desarrollo deficiente del cuerpo tiroides.

El Dr. Ewald: En el radiograma que aquí presento se ve que en la mano del niño que acabamos de ver, el crecimiento longitudinal no es mucho menos acentuado que el normal, pero que en cambio el desarrollo del tejido óseo está muy alterado, de tal manera, que sólo se ven tres huesos del carpo. Osler, de 18 casos, sólo ha visto 5 verdaderamente curados.

El Dr. Neumann: Con la iodotirina he obtenido los mismos resultados. Las madres exageran muchas veces las mejorías observadas en las funcio-

nes mentales. Importa mucho saber á qué edad se inició el mixedema y cuándo comenzó el tratamiento. La radiografía ayuda mucho á esclarecer el diagnóstico, por más que suministra pocos datos respecto á la marcha de las osificaciones en los primeros años.

Las formas muy precoces no deben tratarse con substancia tiroidea, y lo mismo decimos respecto al raquitismo, porque podría reblandecer más los huesos y producir otras consecuencias más desagradables.

Hay que guardarse también de confundir el cretinismo esporádico con la idiotez mongoloide del recién nacido: en esta última existe el cuerpo tiroides.

Xeroderma pigmentario. — El Dr. Lesser: En los dos hermanos, de seis y doce años, respectivamente, que aquí presento, se ve el aspecto abigarrado, la pigmentación, las atrofias, la dilatación vascular, los angiomas y las verrugas, que más tarde se transformarán en carcinomas; en una palabra, lo que caracteriza el xeroderma pigmentario. Lo interesante de estos casos es que la afección también se presentó en tres primas por parte de madre, de las cuales una ya se ha muerto. De los dos hermanos de estos niños uno está sano y el otro se murió, pero no de xeroderma pigmentario.

La afección es, sin duda, hereditaria, porque casi siempre ataca á varios hermanos, pero nunca se observa en los padres nada semejante, y, en cambio, se sabe de un caso en que la padecía el padre y no la tuvieron los hijos. En el caso actual, es imposible seguir la filiación, porque los primos lo eran, por las dos líneas, materna y paterna.

El pronóstico no es tan malo como el del cáncer, así es que la prima, que ya había presentado Köhner en 1886 con un cáncer epitelial típico, tiene hoy veinticuatro años, y otro caso, que tenía seis años, cuando Riehl comprobó la existencia de un cáncer, tiene hoy sesenta y uno. El tratamiento consiste en evitar la luz por medio de velos amarillos ó rojos.

Elefantiasis muy graduada de la pierna derecha. — El Dr. Steiner: En la mujer que aquí presento, se desarrolló sin causa apreciable, y hará cosa de cuatro años, un edema sobre los maléolos, que desaparecía en la posición horizontal, pero que, á pesar del masaje y del tratamiento eléctrico, se fué haciendo cada vez más persistente, hasta adquirir el gran desarrollo que hoy presenta.

La mujer, que en todo lo demás está sana y que hace cuatro años pesaba 92 libras, pesa en la actualidad 152, correspondiendo un tercio de este peso á la extremidad edematosa. Manteniéndola elevada constantemente, me propongo reducir el edema é intervenir después quirúrgicamente. El radiograma que aquí traigo, demuestra que no está interesado el hueso, lo cual importa mucho para el pronóstico operatorio.

Parálisis oculo-motora bilateral é inervación unilateral del músculo frontal. — El Dr. Salomonsohn: Diez hermanos del padre del sujeto que aquí presento, han muerto entre los veinte y los treinta años, y cuatro de ellos por enfermedad mental ó por suicidio. El enfermo se casó el año 1875, y de sus seis hijos dos fallecieron de muy niños. Padeció blenorragia, ciática, infarto hepático (por uso del alcohol) y herpes prepucial, por el que, á la vez, que á causa de un fimosis existente, le excindieron la porción correspondiente del prepucio.

A principios de abril de este año, se presentaron diplopia, y rigidez pupilar á la luz, pero no á la convergencia, sobre todo, en el ojo izquierdo. Una cura de unciones no dió ningún resultado. A principios de agosto, se interesó también el ojo derecho, el párpado superior aún se movía algo, pero al poco tiempo se desarrolló por completo la parálisis oculo-motora y bilateral que hoy existe. La facultad visual y el fondo del ojo, están normales; lo mismo sucede con los órganos internos. No existe el signo de Romberg; en cambio, el enfermo percibe en la cara una sensación constante de émbotamiento, todas las substancias le producen un sabor dulce y repugnante á la vez; el olfato también está abolido y sólo le impresionan las substancias irritantes, como la sal amoníaco. Además, olvida con facilidad las ideas y presenta otros trastornos psíquicos. El párpado izquierdo está completamente caído; el derecho, en cambio, se puede levantar, pero no por intervención del elevador, sino por la de la rama frontal del facial; si el enfermo pudiera levantar los dos párpados, todo lo vería doble. Si se levanta el párpado enfermo, el sujeto ya no puede elevar tampoco el otro.

Para explicar este síntoma se invoca el fenómeno de Bell. La inervación se puede explicar anatómicamente por el descubrimiento de Mendel, según el cual, el facial ocular tiene su núcleo en la parte posterior del núcleo oculomotor, y por lo tanto, la inervación pasa por la vía de enlace al facial.

El Dr. Remak: Desearía datos sobre la acomodación, y he de recordar que Wernheim-Salomonsohn, encontró la reacción de degeneración en el elevador del párpado en un caso parecido. La electricidad no nos orienta sobre la gravedad de estas parálisis, porque no se pueden encontrar los puntos motores de los distintos músculos del ojo. Creo que se trata de un proceso de la base, parecido al de un caso de parálisis cruzada que publiqué hace tiempo.

El Dr. Sénator: Creo que también está parésico el facial izquierdo é interesado en el proceso morboso.

El Dr. Salomonsohn: La acomodación está paralizada en los dos ojos. Como la rigidez pupilar ya era bilateral en abril, no se puede saber si se trata de un proceso de la base.

Poliartritis reumática en un niño de cinco semanas. — El Dr. Jaffa: Un niño que nació á su tiempo, desde los primeros días gritaba cuando se le cogía; el brazo derecho estaba inmóvil, el izquierdo presentaba contracturas, y por último, se hincharon las muñecas. En la actualidad, está inmóvil el hombro izquierdo, y las rodillas y codos se mueven con dificultad y están hinchados; la madre ha padecido reuma articular hace dos semanas y media, y aún hoy presenta rigideces. No se sabe si ha habido blenorragia, pues si bien es cierto que la madre tuvo mucho flujo blanco, el niño no ha padecido de la vista. Tampoco hay datos que hagan sospechar la sífilis. Henoch, Bracsh y Schäfer, han descrito casos de este género, en que había infección por parte de la madre. En el actual no parece probable semejante etiología.

El Dr. Hansemann: Ha poco tiempo, al practicar la autopsia del cadáver de un niño de nueve meses, que había muerto de catarro intestinal, encontré una endocarditis de la aorta, que se había curado hacía muy poco tiempo. Aunque no supe antecedentes de este caso, creo que el niño había padecido de poliartritis reumática. — R. del Valle.

PERIÓDICOS

El microbio de la viruela.—Los Dres. H. Roger y G. Weil han encontrado en las pústulas de la viruela, al lado de los leucocitos, numerosos microbios ovales ó redondos, de 1 á 3 μ, que fijan perfectamente las substancias colorantes. Existen en la sangre en abundancia en la viruela grave, sobre todo en la hemorrágica, y en cortísimo número en la varioloso. Su aspecto es típico. Alrededor del núcleo hay una cenefa de protoplasma poco coloreado. Estos corpúsculos se han encontrado también en los derrames sanguíneos de la viruela hemorrágica y en los diversos órganos, principalmente en el bazo y en la médula ósea. En los conejos inoculados con pus varioloso se han encontrado en la sangre y en los órganos los mismos corpúsculos. Los resultados de los cultivos é inoculaciones han sido positivos. Puede afirmarse, por lo tanto, que los corpúsculos referidos no son detritus nucleares, como se creía, sino los agentes específicos de la viruela.

(*Le Progrés Medical*).—Codina Castellví.

Anuria calculosa curada por el amasamiento.— El Dr. E. Leão ha referido en la Sociedad de Ciencias médicas de Lisboa un caso de este género. El enfermo, asmático, padecía á menudo cólicos nefríticos y estaba completamente anúrico desde hacía tres días. El cateterismo de la vejiga permitió extraer unos cuantos gramos de orina. Los baños calientes, las cataplasmas y los demás medios que se emplean de ordinario en estos casos, fueron ineficaces. En vista de la gravedad del enfermo, el Dr. Leão practicó el amasamiento metódico de la región renal y del ureter. Terminado éste, introdujo el dedo índice en el recto, á la vez que comprimía la vejiga con la mano libre y exprimía los uréteres. A las pocas horas principió el enfermo á orinar, y la anuria y los fenómenos urémicos desaparecieron.

(*Journal da Sociedade das sciencias medicas*, de Lisboa).—F. Toledo.

Tratamiento de la lepra por la ponzoña de serpiente de cascabel.—En el Brasil se cree que la ponzoña de la serpiente de cascabel cura la lepra. Los que son mordidos por este reptil y curan no padecen lepra. Para averiguar lo que tiene de fundada esta creencia, el Dr. Marcoudes, de Moura, recogió la ponzoña de dicha serpiente exprimiendo las glándulas sobre un trozo de algodón en rama que sumergió después en una mezcla á partes iguales de agua y glicerina. Recogida cierta cantidad determinó por inyecciones del líquido en el perro la virulencia aproximada de la solución. Después, teniendo en cuenta esta virulencia, hizo tomar á los leprosos por la boca una dosis cotidiana igual á la quinta parte de la dosis que sería peligrosa en inyección. Pasado cierto tiempo inyectó, cada dos ó tres días, la décima parte de esta dosis. El tratamiento sólo produjo al principio fiebre y sudores, y por último, dolor que obligó á disminuir la frecuencia de las inyecciones. De 15 enfermos (14 de ellos con lepra tuberculosa) sólo quedó sin curar uno.

(*Deuts. med. Woch.*).—F. Toledo.

INDICE DEL TOMO XLIX

Ablación de los huesecillos (Nuevo procedimiento de)... 400
Absceso del pulmón..... 5
Abscesos del cuello de origen auricular..... 305
Aborto artificial (Indicaciones y técnica del)..... 208
Academia Médico Farmacéutica de Barcelona (Acta de la sesión solemne de la)..... 230
Acetopirina 288
Acido bórico (Toxicidad del).. 391
— quínico..... 16
Actitud vertical y su influencia en el aparato genital femenino..... 424
Aïnhum (El)..... 421
Acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos.. 80
Afecciones del tabique (Tratamiento de las)..... 281
— tifoideas en los animales solípedos..... 186
Aguas saladas (Enemas de)... 94
Aire caliente en el tratamiento de las afecciones nasales y naso-faríngeas..... 279
Alcoholismo en Lorena..... 425
— (Tratamiento del)..... 209
Alexander-Adams (Operación de)..... 242
Alimentación de los niños.... 107
Alimento (Nuevo)..... 421
Alimentos conservados con agentes químicos (Accidentes debidos á los)..... 155
Alopecia areata 189, 406
Amasamiento (Nuevo método de)..... 22
Amígdala como puerta de entrada de la tuberculosis..... 259
Amigdalitis supurada (Tratamiento de la)..... 408
Amputación de Gritti..... 355
— del pene..... 135
Amputación del tercio anterior del pene..... 134
Analgésico (Nuevo)..... 88
Anastomosis intestinales..... 236
Aneson..... 15
Anestesia por infiltración (nuevo procedimiento de). 13
— quirúrgica..... 129
Aneurisma difuso de la tibial posterior..... 317
Angina de pecho de origen palúdico..... 299
Angiocolecistitis (Diagnóstico de la)..... 450
— (Tratamiento de la).... 455
Anidol en obstetricia..... 33
Anosmia..... 278
Anticeltina..... 334
Antietilina..... 209
Antiflojistina..... 14
Antipiréticos..... 88, 288
Antisepsia intestinal en los niños..... 111
Apendicitis..... 122
Antiséptico..... 447
— poderoso..... 15
Antrax maligno (Un caso de). 341
Anuria calculosa curada por amasamiento..... 479
Aparato protéico para la restauración de la bóveda palatina, del velo del paladar, de la nariz y de las vías lagrimales..... 233
Artemisina..... 15
Artrotomía (De la)..... 439
Ascárides lumbricóides en la vejiga de la orina..... 392
Asepsia operatoria..... 237
Asma (Tratamiento del)..... 327
— bronquial (Tratamiento del)..... 368
— y puerperio..... 34
Ataxia centrípeta en el hombre y en el mono..... 445

Atico (Nuevo procedimiento de raspado del)..... 400
— externo (Supuraciones benignas del)..... 402
Bacilo pestoso..... 427
Baños de aire comprimido en la tos ferina..... 115
— fríos en el sarampión. . 185
— tibios en el sarampión.. 185
Basicina..... 327
Bacterídia carbunclosa 422
Bazo (Descenso del) 406
— (Límites del)..... 367
Bebidas conservadas con agentes químicos (Accidentes debidos á las)..... 155
Blefaritis (Tratamiento de la). 334
Blenorragia..... 198
— (Tratamiento de la).... 408
Bronquitis subaguda y crónica (Tratamiento de la).... 128, 368
Botriomicoma..... ... 425
Cacodilato de sosa..... 138
Calaya (Del)..... 25
Cálculo del colédoco..... 125
Cálculos uretrales. 204
— — y peri-uretrales.... 125
— vesicales (recidiva de los)..... 326
— vesicales (Extracción de los)..... . 473
Campaña de Filipinas (La).... 303
Cáncer (Aumento en la frecuencia del)..... 256
— del colon.. 236
— del estómago..... . 447
— de la laringe..... 272
— de la laringe (Indicaciones operatorias en el). 280
— mamario.. 283
— de la piel..... 235
— del útero... 38, 40, 282, 356
— de las vías biliares. 456, 458
— (Tratamiento del).. 248, 437
— (Tratamiento por las inyecciones de suero anticelular del). 394
Cancroide (Tratamiento del).. 48
Cánulas (Nuevas cánulas de traqueotomía) 311
Carbunclo... 422
Carcinoma del colon descendente..... 83
Cardiopatías (Curabilidad clínica de algunas) 70
Caries dentaria..... 94
Carlsbard (Aguas de).. 415
Carne cruda en el tratamiento de la tuberculosis..... 208
Cápsulas supra-renales (Empleo local del extracto acuoso de la) 247
Catarata (Complicación poco estudiada de la)..... 145
— (Nuevo procedimiento operatorio de la). ... 435
Catarro crónico (Tratamiento del)..... .. 368
— de heno (Tratamiento del).. 280
— gástrico agudo (Tratamiento del)..... 128
— gastro-intestinal (Tratamiento del)..... 128
— intestinal infantil (Tratamiento del)..... .. 128
Cestona (Aguas de)..... 415
Ciática (Tratamiento de la) 88, 407
Circuncisión ritual desde el punto de vista médico-legal. 154
Cirrosis hepática.... 236, 403, 439
Cistitis fungosa..... 134
— tuberculosa..... 227
Cistopexia indirecta 82
Cistotomía..... 474
Cistoscopia..... 243
Clínica quirúrgica (Lecciones de)..... 459
Cocaína... 13
Colecistitis 420
Colecistectomía 125
Colecistostomía. 236, 403
Coledocotomía 125
Cólico hepático 371, 409
— miserere (Tratamiento del) 448
Colitis disenteriforme infantil. 208
Colpo-histerotomía 82
Combustión criminal de los cadáveres... 154
Compresas alcohólicas en la escolecociclitis..... . 325
Compresa termofórica..... 242
Confusión mental..... 89
Congreso internacional de Medicina de París, 22, 75, 105, 153, 189, 271, 311, 343 397
Conicidad hipertrófica del hocico de tenca. 342
Conjuntivitis.... 334
— (Estudios bacteriológicos de las) 338
— flictenulares..... 334
Contusiones de las paredes torácicas..... 153
Corea de Sydenham 206
Coriza crónico..... 280
Corrientes eléctricas (muerte

por las)..... 97
Coxalgia..... 436
Cráneo (Fracturas y hundimiento del)..... 288
Creosotal (Emulsión de)..... 128
Critorquidia complicada..... 406
Crup (Empleo del escobillón en el)..... 117
Cuerpos extraños en los conductos naturales..... 466
Chalación (Tratamiento del).. 328
Degeneración del hombre (Contra la)..... 263
— esclerosa balano-prepucial..... 134
Demencia paralítica en el concepto médico legal..... 407
Dermatitis producida por los gusanos de seda..... 234
Dermatofobia..... 328
Dermatología (Tratado elemental de)..... 144, 388
Dermitis pruriginosas (Tratamiento de las)..... 326
Desagüe retro-peritoneal (Nuevo método de)..... 47
Descenso uterino..... 135
Desinfectantes..... 85, 128, 262
Diabetes sacarina (Curioso signo semiológico de la)..... 267
Diagnóstico difícil..... 243
Diagnósticos (Necesidad de precisar los)..... 279
Diarrea (Tratamiento de la) 18, 408
Diarreas profusas (Tratamiento de las)..... 128
Diátesis úrica..... 16
Difteria..... 94
— laríngea..... 44
Dilatación del útero..... 244
— forzada del útero..... 136
Dipsorexia..... 209
Eclampsia (De la)..... 442
— en una mujer afectada de ictiosis generalizada. 472
Eczema de la infancia (Tratamiento del)..... 368
— (Etiología del)..... 155
— (Origen parasitario del). 160
Electrolisis en el tratamiento de los fibro-miomas..... 42
Electrozono..... 262
Elefantiasis de la pierna..... 477
Embarazo ignorado..... 87
— (Régimen durante el).. 37
Endometritis..... 283
— fungosa..... 133
Enfermedad de Ménière (Causas y tratamiento de la).... 398
Enfermedad de Werlhof en una embarazada..... 461
Enfermedades gastro-intestinales de los niños de pecho..... 107
— mentales (Guía del diagnóstico de las)..... 303
Enfermos contagiosos (Transportes en los ferrocarriles alemanes de los)..... 260
Enfriamiento del cadáver en ciertos géneros de muerte violenta..... 154
Entero-anastomosis..... 236
Envenenamiento por la leche.. 100
Epicarina..... 15
Epidemias en Francia durante el año 1899..... 234
Epiglectomía por vía externa. 183
Episcleritis..... 339
Epitelioma del pene..... 135
Epiteliomas cutáneos (Tratamiento de los)..... 447
Equimosis subpleuríticas..... 154
Escleritis..... 339
Esclerosis óptica..... 344
— inicial sifilítica en el párpado inferior derecho..... 364
— — sifilítica del tabique de la nariz..... 364
Escolecociditis (Compresas alcohólicas en las)..... 325
Estación ectópica..... 358
Estafilococo blanco (Morfología del)..... 285
Estómago (Ulcera del)..... 447
— (Cáncer del)..... 447
Estrangulación del mesenterio. 243
Estrechez de la uretra..... 384
— prepucial infantil (Tratamiento de la)..... 114
Estreñimiento..... 366
Etmoiditis purulenta..... 273
Eulactol..... 421
Extensión forzada de la columna vertebral..... 231
Extirpación del útero..... 359
Faringitis crónicas (Tratamiento de las)..... 281
Farmacología (Revista de).... 13
Favus..... 365
Fecundación (De la)..... 432
Fibromiomas (Tratamiento de los)..... 42
— del útero..... 43, 86
— retroperitoneales (Intervención quirúrgica en los)..... 42

Fiebre aftosa..... 259
— disentérica perniciosa.. 98
— intermitente (Tratamiento de la)..... 327
— de Malta..... 428
— producida por el ingreso en el Hospital... ... 47
— puerperal (Profilaxis de la) 32
— tifoidea..... 25, 249
— — en los niños. 207
— — (Epidemia de) 471
Fístula del conducto de Stenon (Nuevo procedimiento de cura radical de la). 408
— vésico-vaginal antigua (Tratamiento de la).. 204
— — con inversión total de la vejiga..... 243
— — (Tratamiento de la). 41
Fístulas uretero-penianas múltiples. 134
— uretroperineales 135
Fisuras del ano..... 103, 136
Focomelia..... 188
Forceps de ramas paralelas .. 38
Fortoina..... 408
Fosfaturia terrosa de origen dispéptico.. 468
Fractura de la región cervical del raquis..... 231
— simple del muslo..... 464
Fracturas de las mandíbulas (Tratamiento de las) 238
Frío (Muerte por el)..... 261
Gangrena del pulmón..... 9
— húmeda (Tratamiento de la)..... 447
Gasolina como mundificante y antiséptico..... 447
Gastro-enteritis de los niños. 108, 110
Gayacol en inyecciones subcutáneas en la tuberculosis pulmonar 24
Ginecología (El tratamiento en los casos de)..... 282
Grasa en la leche (Excesos de). 95
Grindelia robusta contra la tos ferina.... 327
Grippe (Tratamiento de la). 25, 327
Hedonal 16
Hemorragia cerebral en una eclámpsica..... 471
Hemorragias neuropáticas de las vías digestivas..... 467
Hemostasia del hígado (Procedimiento rápido de) 318
Hemosferinuria transitoria.... 45
Heredo-sifilíticos (descendencia de los)..... 196
Herida penetrante del cráneo por bala de revólver. 318, 354
— de la tráquea..... ... 403
— transversal del cuello... 403
Hernia estrangulada (Compresas de éter en la)..... 310
Hernia en los árabes..... . 235
Hernias de canal de puntura.. 84
Heroína..... 368
Hictoformo..... 18
Hidropesía de la vesícula biliar..... 449
Hidrorrea nasal (Tratamiento de la)..... 280
Higiene (Revista de). 94, 256, 421
Hipnótico (Nuevo)..... 16
Hiperclorhídia (patogenia de la) 430
Hipertricosis..... 365
Hipertrofia de las amígdalas.. 311
— mamaria 247
Hipoplasia y apoplasia parcial de la piel..... 323
Hipófisis del cerebro (extirpación total de la)..... 284
Histerotomía abdominal..... 441
Histerectomía abdominal..... 40
— vaginal..... 356
Histeropesia útero abdominal mediata 80
Hocico de tenca (Cronicidad hipertrófica del).. 342
Ictiol vasógeno 333
Ictiosis generalizada..... .. 472
Idiotez (Tratamiento tiróideo de la) 361, 475
Incontinencia de orina en la mujer..... 441
Inercia uterina (Tratamiento de la)..... 367
Infección en el tubo de reactivo (Recidiva de la)..... 286
— del huevo intacto en el útero en el cuarto mes de la gestación..... 472
— séptica procedente del útero..... 320, 359
Infecciones de la córnea y del iris (Tratamiento de las)..... 335
— cutáneas del recién nacido 472
— é intoxicaciones ectógenas 107
— é intoxicaciones gastro-intestinales de los niños de pecho..... 109

Influenza..... .... 25, 327
Inhalaciones antisépticas de mentol bromoformolado 24
— de oxígeno en el mareo del mar 16
Inomiomas uterinos (Tratamiento de los) 244
Insuficiencia hepática 369
Intestinos (Acción del opio y de la morfina sobre los)..... 366
Intoxicación alcohólica. 209
— fecal aguda (Epidemia de) 422
Intubación en la difteria laríngea 44
Inversión total de la vejiga... 243
— uterina crónica (Tratamiento quirúrgico conservador de la)..... .. 82
Inyecciones endo-venosas de sublimado en la sífilis. 19
— intra-raquídeas de cocaína 129
— intra-traqueales en el tratamiento de la tuberculosis laríngea. 279
Iodoformo vasógeno..... . 333
Iris (infecciones de) 335
Iritis sifilítica 335
Jornada de once horas y su influencia sobre el organismo. 126
Kryofina 88
Lactancia artificial..... 105
Laminectomía..... . 231
Laparotomía 84, 133, 243
Laringología (indicaciones y técnica de la)..... ... 276
— (Revista de)..... .. 178
Lavados intrauterinos..... . 359
Leche de cabra para la alimentación de los niños. . 107
— de mujer (Equivalente de la)..... 106
— humana (Reacción para averiguar la edad de la) 168
Legrado uterino en el tratamiento de los inomiomas... 245
Lepra maculosa..... 405
— (Tratamiento de la)..... 480
Leucoplasias 191
Levadura de cerveza en el antrax 341
Ligadura preventiva de las arterias hipogástricas..... 40
Ligaduras atrofiantes..... 43
Linfo-adenoma maligno del cuello..... 148
Lisoformo..... 85
Litiasis cística..... 326
— renal..... 126
Litolapaxia..... 134
Lumbago (Tratamiento del)... 448
Lujación congénita de la cadera (Tratamiento de la) 119, 120, 436
— del hombro..... . 439, 464
Lupus (Tratamiento del)..... . 164
— vulgar..... 365
Mal de Pott 121, 122
Mama (Tumores de la) 283
Manicomio de Alt-Scherbitz.. 98
Mareo del mar..... .... 16, 426
— (Profilaxis y tratamiento del)..... 287
Mazagran clorhídrico en la fiebre tifoidea... 249
Meningismo durante una corea de Sydenham.. 206
Meningitis aguda no tuberculosa. 115
Metritis cervicales..... . 75
— hemorrágica..... 44
Mieloplaxos en la sangre periférica 362
Miomectomía..... 75
— conservadora 42
Miotomía congénita..... 405
Mixoedema.. 361
Mola hidatiforme 42
Monedas enclavadas en el esófago 92
Mónstruo doble mononfalo-esternopago..... .. 308
— toraco-xifópago..... 268
Muerte aparente del recién nacido 34
— por el frío 261
Nariz (Tratamiento de las afecciones de la)..... 279
Necrosis intestinal..... 243
Nefrectomía precoz 317
Neoplasmas de la vejiga (Extracción de los)..... .. 473
Neurasténicos (Excreción urinaria de los). 353
Neurosis histérica..... ... 265
Nódulos vocales (Tratamiento de los). 278
Nævus enorme del labio superior..... 467
Noma (Tratamiento del)... .. 88
Notaciones acumétricas... ... 343
Nueva posición ginecológica... 41
Oftalmología (Revista de)..... 333
Oído medio (Operación radical del)..... 400
Organos sexuales femeninos

(Alteraciones de la función fisiológica de los)..... 165
Osteo-periostitis del cúbito .. 136
Osteoplaxia 364
Osteotomía diafisaria del femur 132
Otalgia (Tratamiento de la)... 280
Otitis esclerosa..... 344
— medias purulentas crónicas (Tratamiento operatorio de las) 400
Otología (Revista de)..... 178
Otorrea (Tratamiento médico-quirúrgico de la)..... 400
Ovario (Quiste del). 473
Paludismo..... 25, 299
Panificación..... . 94
Panus escrofuloso..... 334
Para-apendicitis 133
Paracentesis timpánica (Peligros de la).... 178
Parálisis oculo-motora bilateral..... 477
— del séptimo par de origen intratemporal.... 49
Parametritis (Tratamiento operatorio de la) 440
Parestesia laríngea..... 313
Parto (Fracturas y hundimiento del cráneo durante el) .. 288
Peladas (Las)..... 189
Perforación del tímpano. 346
Peri-amigdalitis flegmonosa (Tratamiento preventivo eficaz de la)..... 274
Periostitis reumática. 47
Peritonitis (Compresas alcohólicas en la)..... 325
Pesario (Empleo del)..... 81
Peso en los niños... 426
Peste..... 96
— bubónica..... 425
— en el Japón (Epidemias de)..... 151
— (Inoculación preventiva de la) 427
— en las mujeres embarazadas (La)..... 471
Perturbaciones traumáticas del codo en los niños.. 233
Piemia ótica (Diagnóstico y tratamiento de la).... 397
Piel (Enfermedades de la). 144, 388
Pio-salpingitis.. 47
Pleuresía serosa en un niño. . 207
Pneumo-enteritis infecciosa de los forrajes..... 186
Pneumonía crónica (Punción exploradora en la)..... 407
Pneumonía infantil prolongada 470
Pneumotomía. 5, 9
Poliartritis reumática en un niño de cinco semanas. 478
Polineuritis alcohólica 88
Pólipos mucosos nasales (Operación radical de).. 180
Posición cadavérica de las cuerdas vocales.. 184
Prolapso del recto (Tratamiento del)..... .. 151
— del útero..... .... 80, 81
— genital de la mujer (Tratamiento del) 287
— útero vaginal (Terapéutica quirúrgica del)... 78
Prostitución (Proyecto de reglamento de higiene y de policía de la)..... 304
— y degeneración.. 265
Prurigo (Tratamiento del).... 408
Pseudo-hemoptisis de origen naso-faríngeo. 271
Psicosis 365
Puerperio y asma..... 34
Púrpura simple reumatoide en ambas piernas.... .. 20
— blenorrágica en una embarazada..... 461
Queratitis (Tratamiento de la). 334
Quistes de los ovarios... 429
Radriografía.. 364, 365, 406, 473
Raspado intra-uterino... 133, 245
Rayos luminosos concentrados como tratamiento del lupus 164
— X..... 364, 365, 406
— X (Acción sobre la piel de los) 364
Recto (Resección abdominal del)..... 440
— (Tratamiento del prolapso del)..... .. 151
Resaldol 18, 128
Resección calcáneo astragaliana del pié izquierdo.. 132
— de los dos tercios superiores de la tibia..... 169
— de rodilla..... 169
Respiración estridulosa de los recién nacidos..... .. 206
Restauración de la bóveda palatina, del velo del paladar, de la nariz y de las vías lagrimales por un aparato protéico. 233
Retenciones de orina (Tratamiento de las)..... 381
Retrodesviaciones del útero... 80

Revista de Higiene... 94, 256, 421
— de Oftalmología 333
— de Otorino-laringología. 178
— de Terapéntica y Farmacología..... 13
Reumatismo articular agudo . 88
Rinitis espasmódica..... 277
— fungosa 186
Rinología (Revista de). 178
Salófeno (Tratamiento de la ciática por el).. 407
Sanguijuela adherida á la laringe 67
Sarampión (Tratamiento de las complicaciones del) 185
Sarna en los niños 448
Saturnismo en los lapidarios.. 310
Separador dilatador uterino (Nuevo)..... 37
Septicemia intensa..... .. 427
— puerperal... 26, 28, 33, 359
Sífilis é infecciones asociadas . 193
— extragenital (Difusión de la)..... 365
— ipnota..... .. 365
— primitiva..... 283
— (Tratamiento de la).... 19
Sofocación por macroglosia en un niño sifilítico.. 470
Sordera (Tratamiento de la)... 280
Sorderas tóxicas..... 401
Sordo-mudos (Educación de los)..... 344
Suero antialcohólico.. 209
— anticelular en el cáncer. 394
— — (Inyecciones de)... 437
— artificial.. 94
— — en las infecciones puerperales..... 33
— Ferrán-Haffkine..... 427
— fisiológico bovino 308
Sujeción de las arterias uterinas con pinzas en los fibromas..... 44
Sugestión (Influencia de la) .. 206
Supuración complicada del oído medio..... 363
Supuraciones crónicas del oído medio (Tratamiento de las). 179
Tabéticos (Tratamiento de los dolores de los) 327
Tendones de reno como material de sutura en Cirugía..... 40
Ténia negra..... 424
Terapéutica (Revista de). ... 13
Teratología (Caso de) 329
Tiflitis..... .. 366
Tímpano (Perforación del).... 346
Tirotomía (Indicaciones de la) 274
Tirotomía (Resultados de la).. 277
— (Técnica de la)..... 276
Tos ferina (Tratamiento de la).... 114, 115, 327, 447
— (Medicamentos para calmar la)..... 368
Trastorno vaso-motor histérico. 265
Traqueotomía..... 44
— (Nuevas cánulas de).. . 311
Traumatismos del codo en los niños..... 233
Trepanación.... 318
Tricoptilosis.. 191
Tuberculides (Las). 162
Tuberculosis cutánea..... 324
— de la conjuntiva..... 335
— en París..... 260
— en el ejército ruso..... 97
— infantil.. 112
— (Instrucciones sanitarias contra la.. 229
— laríngea (Tratamiento de la) 127, 181, 279
— laríngea y pulmonar (Tratamiento de la).. 24
— (Puerta de entrada de la) 259
— pulmonar (Tratamiento de la)..... 138
— renal.... 317
— (Tratamiento de la).... 208
Tumores hemorroidales..... 136
Ulcera gástrica (Tratamiento de la) 167, 447
Ulceras atónicas (Tratamiento de las). 115
— malignas (Tratamiento de las)..... . 447
— sifilíticas de la laringe. 101
Ulceraciones gastro intestinales (Tratamiento de las).. . 128
Uñero (Tratamiento del)..... 325
Uresina 126
Uretra (Estrechez de la). .. . 384
Uretrotomía externa. 135
Uricemia infantil..... . 117
Utero (Cáncer del).. 38, 40, 356
— (Descenso del) 135
— (Dilatación del)..... 244
— (Enfermedades del) .. 432
— en el tercer mes del embarazo. 84
— (Extirpación del) 359
— (Fibromiomas del) 43, 86
— (Inercia del) 367
— (Inomiomas del)..... . 244
— (Inversión del)..... 82
— (Prolapso del) . .. 80, 81
— (Raspado del)..... 432
— (Retro-desviaciones del) 80

Utero (Rotura del)..... 473
— (Tratamiento de la ulceración crónica del cuello del)..... ... 447
— (Tratamiento de las fijaciones patológicas del)..... 442
Vacuna generalizada..... 367
— y de la viruela (Influencia recíproca de la).. 258
Vacunación obligatoria.... . 261
Vasógeno..... 333
Vegetaciones adenoides..... 311
Vejiga femenina arreglada para la enseñanza de la cistoscopia..... 243
Ventrofijación (resultados de la)..... 241
Vesícula biliar (Hidropesía de la)..... 449
Vias biliares (Enfermedades de las)..... .... 369, 409, 449
Vicios de desarrollo múltiples. 406
Viruela..... 261
— (Influencia recíproca de
— (Microbio de la)..... 479
— (La vacuna y la).... .. 258
— (Tratamiento de la).... 87
Xeroderma pigmentado..... 477
Zumbido de oídos (Tratamiento de los)..... 280, 401

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Alonso González (D. José), Médico en *La Bañeza* (León).
Baltar Cortés (D. Angel), Médico de número del Hospital Provincial de *Santiago de Compostela*.
Barragán y Bonet (D. Manuel), Profesor del Hospital de la Princesa de Madrid.
Bartrina (D. José María), Alumno de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Bécares (D. Francisco), Médico de *Villafrechós* (Valladolid).
Codina Castellví (D. José), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.
Espina y Capó (D. Antonio), Médico del Hospital Provincial de Madrid.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital Provincial de Madrid.
Esquerdo (D. Alvaro), Cirujano del Hospital de Santa Cruz (Barcelona).
Marín Perujo (D. Arsenio), Profesor libre de enfermedades del aparato digestivo en la Facultad de Medicina de Madrid.
Martín Gil (D. Ramón), Director del Hospital Noble de Málaga.
Ots Esquerdo (D. Vicente), Médico Director del manicomio provincial de Vizcaya en Bermeo.
Pérez Noguera (D. Emilio) Médico del Cuerpo de Sanidad Militar. Madrid.
Pérez Ortiz (D. Jerónimo), Médico mayor, Profesor de la Escuela de Medicina militar. Madrid.
Ribera y Sans (D. José), Catedrático en la Facultad de Medicina de Madrid.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Royo Villanova (D. Ricardo), Catedrático de la Facultad de Medicina de Zaragoza.
Rueda (D. Francisco), Oto-rino-laringólogo. Madrid.
Sarabia y Pardo (D. Jesús), Profesor en el Instituto Rubio de Terapéutica operatoria de Madrid.
Sentiñón (D. Gaspar), Doctor en Medicina y Cirugía (Barcelona).
Thébault, Doctor en Ciencias y expreparador en la Facultad de Medicina de París.
Toledo y Cueva (D. Federico), Médico en *Las Rozas* (Madrid).
Valle y Aldabalde (D. Rafael), Médico por oposición del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Inyecciones intra-raquidianas de cocaína... ... 131
Resección de rodilla. ... 172, 173
Pseudo-hermafroditismo parcial (gynandria), con hipertrofia del clítoris y del prepucio é hipospadias... ... 331
Cálculo voluminoso... 454

Lámina I. — Esquema que demuestra la disposición de la cápsula interna y sus fascículos y los núcleos opto-estriados... 56
Lámina II.—Origen aparente de los nervios facial auditivo é intermediario de Wrisberg... ... 56

SEGUNDO TOMO

o provincia

lio) Médico
ad Militar

no), Médico
Escuela de
rid.
Catedrático
Medicina de

Rafael), Ca-
e la Fac-
rcelona.
rdo), Cate-
de Medic-

)to-rino-la

ás), Prof.
io de Ter
adrid.
Doctor en
Barcelona.
ncias y en
ad de Me-

rico), Ma-
rid).
fael), Ma-
Hospital

)

... 19
72. 19
to-
... 85
... 45
in-
... 5
e-
... 5

49

v.48-49 Revista de medicina y
1900 cirugia praticas. 33805

33805 R71
R4
v.48-49

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY